au Ministre de la Santé
de la Province de Québec

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTUDE

SUR LES BESOINS EN PSYCHIATRIE INFANTILE

DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC

RÉSUMÉ

Par:
Laurent Houde, M.D., président
Jean Délage, M.D.
Jean-Louis Lapointe, M.D.
Denis Lazure, M.D., consultant

LEGISLATIVE ASSEMBLY OF ONTARIO
WITHDRAWN
18 56

Juillet 1965

104-04617/

Résumé

du

RAPPORT DU COMITE D'ETUDE SUR LES BESOINS EN PSYCHIATRIE INFANTILE DANS LA PROVINCE DE QUEBEC

présenté

au

MINISTRE DE LA SANTE

de la

PROVINCE DE QUEBEC

I. - Situation générale des problèmes de la Santé Mentale Infantile

Remettant en cause les notions de maladie et de santé, la médecine moderne consacre une part sans cesse grandissante de ses efforts à la prévention des maladies et à la conservation et à la promotion de la Santé.

Dans la poursuite de ce but général, la médecine est devenue membre d'une vaste équipe vouée à la santé totale de l'homme.

Dès ses débuts comme discipline distincte, la psychiatrie infantile, sollicitée par des demandes d'aide émanant de milieux médicaux, juridiques, scolaires, s'est constituée à partir d'équipes multidisciplinaires dont la composition s'élargit sans cesse.

Vouée non seulement aux traitements de la maladie mentale mais à la préservation de la santé mentale infantile, la psychiatrie infantile doit aider l'enfant dans le besoin avec des méthodes très diverses relevant de différentes professions.

L'importance d'une action préventive précoce dans le domaine de l'hygiène mentale est universellement admise, mais la prise de conscience de cette nécessité dépasse actuellement de beaucoup les ressources que possède notre province pour y répondre. Une coordination des efforts de tous ceux qui ont charge de l'enfance est ici impérieuse.

II. - Principes directeurs

Certains principes doivent être appliqués pour que les ressources de la psychiatrie infantile jouent dans notre province un rôle efficace.

Tout en possédant ses structures propres, la psychiatrie infantile doit se situer dans un programme bien planifié et plus global de santé mentale communautaire.

Il lui faut aussi étendre ses services et ses ressources pour au moins répondre aux besoins minima de tous les citoyens.

Elle doit accroître sans cesse la qualité et la variété de ses services suivant l'évolution de la science et en accord avec les exigences croissantes de la société.

Pour ce faire elle se doit de collaborer étroitement avec d'autres ressources que les siennes en les utilisant le mieux possible et en participant activement aux efforts qui pourraient être faits en vue de leur coordination.

Nos progrès dans l'organisation des services et dans l'application des méthodes thérapeutiques ne peuvent se concevoir sans que d'énormes efforts soient consacrés à la recherche.

Enfin, il faut souligner que la pratique de la psychiatrie infantile nécessite des cadres matériels spéciaux et une organisation du travail particulière qu'il faut respecter.

III. - Etude de l'organisation générale de la psychiatrie infantile

Les superstructures administratives de la psychiatrie infantile devraient être les suivantes:

a) Au sein des Services Psychiatriques, une section distincte de psychiatrie infantile possédant un directeur assisté d'un comité consultatif composé de coordonnateurs régionaux;
b) une division de la province en régions où la planification et la coordination des services et des ressources seraient effectuées à la base.

Dans les grandes villes, le système des services doit être sectorisé afin de rendre ceux-ci plus efficaces et afin de préserver le caractère humain de la pratique de la psychiatrie infantile. Une centralisation excessive des services crée des organismes où l'efficience n'est possible que par une mécanisation des relations interpersonnelles, ce qui va à l'opposé des principes d'hygiène mentale.

Enfin, on ne peut concevoir la pratique de la psychiatrie infantile sans une gamme variée d'institutions répondant aux différents besoins des malades.

IV. - Services essentiels

La consultation, suivie ou non du traitement approprié, constitue actuellement une des fonctions essentielles de l'équipe pédopsychiatrique.

Il importe d'accroître le nombre des consultants et de favoriser leur action auprès de tous les milieux spéciaux (hôpitaux, cours de justice, crèches, écoles, instituts de rééducation, etc.) où des enfants sont susceptibles de présenter des problèmes psychiatriques. La présence psychiatrique, par la consultation, dans le monde organisé des soins aux enfants, est une condition essentielle à la qualité du dépistage, de la prévention, du diagnostic précoce et du traitement des troubles de la croissance psychique de l'enfant.

L'organisation de la consultation dans les régions éloignées présente des problèmes particuliers. A partir de centres possédant une équipe de base en psychiatrie infantile, la consultation extérieure aux régions éloignées devrait s'effectuer au plan régional. Lors de visites régulières, l'équipe pédopsychiatrique apporterait son aide à divers professionnels faisant partie de certaines organisations telles que: unités sanitaires, services sociaux, hôpitaux régionaux avec services de psychiatrie et/ou de pédiatrie. Ces visites viseraient à prodiguer des conseils immédiats tout en favorisant le développement sur place de services pédopsychiatriques éventuellement autonomes.

Quant aux diagnostics et traitements variés pour répondre aux besoins, ils nécessitent une gamme de services dont la clinique externe est la base. Ces cliniques externes doivent être assez nombreuses pour servir la population là où elle se trouve en concentration suffisante et posséder une organisation qui leur permette de prodiguer une variété de soins dans les meilleures conditions possibles. Pour des enfants plus malades, des centres ou hôpitaux de jour et différents services internes sont à développer: cliniques internes de psychiatrie dans les hôpitaux possédant un service pédiatrique important, internats de rééducation, hôpitaux pour traitements prolongés. Affiliés à ces différentes ressources, divers types de foyers de groupes sont nécessaires en particulier lors de la post-cure.

La prévention des troubles psychiques de l'enfant s'effectuera grâce à ces services essentiels mais aussi en diffusant et en améliorant l'enseignement des notions de santé mentale à tous les niveaux et par l'éta-

blissement et la mise en oeuvre de législations appropriées dans le domaine éducatif, médical et social.

V. - Besoins spécifiques de certaines catégories d'enfants

Le grand nombre des insuffisants mentaux à qui il faut apporter une attention spéciale nécessite une action coordonnée et bien planifiée des ministères et organismes relevant de l'éducation, de la santé, du Bien-Etre et du travail. Tout en développant des ressources spéciales et du personnel spécialisé pour prendre soin de ces enfants, il faut prendre garde d'établir pour eux des politiques à effet ségrégateur.

Pour ce qui est des adolescents, ils ont été jusqu'à récemment négligés. Ils devraient bénéficier d'un accroissement des services généraux de la pédopsychiatrie mais il faut au plus tôt penser à user pour eux des services spéciaux tant internes qu'externes en portant dans certains cas la clinique dans leur milieu même, soit, par exemple, sur le campus de l'école régionale.

Faute d'effectifs, la psychiatrie infantile n'a pas donné jusqu'à maintenant toute l'attention nécessaire aux délinquants et mésadaptés sociaux. L'équipe pédopsychiatrique devrait faire partie des cours juvéniles et oeuvrer dans les centres de rééducation pour délinquants. Il est nécessaire aussi de développer pour les délinquants et mésadaptés sociaux des nouveaux types d'institutions plus adaptés aux besoins de certains d'entre eux.

VI. - Les besoins régionaux

Dans la région métropolitaine il faut multiplier les services de psychiatrie infantile et les cliniques externes, pour décentraliser et secto-riser les services offerts. D'ici cinq ans la région métropolitaine devrait compter de quinze à vingt centres de psychiatrie infantile. La création d'un Institut de Psychiatrie Infantile à Montréal devient une nécessité urgente pour que puissent être offerts à la population des services hautement spécialisés tant sur le plan du diagnostic et du traitement que sur celui de

l'enseignement, de la formation du personnel et de la recherche. L'aménagement d'un centre de traitement intensif pour jeunes mésadaptés sociaux, d'un centre de traitement prolongé en internat et de nombreux foyers spéciaux s'avère aussi urgent dans la région métropolitaine.

A Québec il faut développer le Centre Médico-Social pour enfants et décentraliser les services pédopsychiatriques en transformant ou accroissant les embryons de services dans certains hôpitaux. Toutefois le besoin le plus urgent de la Ville de Québec est de posséder un service hospitalier complet de psychiatrie infantile. La région de Québec requiert aussi l'établissement d'un centre de traitement intensif pour jeunes mésadaptés, d'un institut médico-pédagogique pour fillettes déficientes et de classes ou école spéciale pour handicapés physiques avec arriération mentale.

Les régions de Sherbrooke, Trois-Rivières, Hull, Valleyfield, Joliette et Chicoutimi devraient posséder le plus rapidement possible les équipes de base de la psychiatrie infantile et d'ici peu des services bien organisés de psychiatrie infantile.

Rimouski, Gaspé, et peut-être Matane et Rivière-du-Loup devraient d'abord obtenir des services psychiatriques pour adultes auxquels serait attachée la consultation de psychiatrie infantile.

VII. - Le personnel

La formation de personnel spécialisé doit s'accentuer à tous les niveaux. Le personnel de soins travaillant immédiatement et de façon continue auprès des malades est particulièrement déficient en nombre et en qualité dans les institutions s'occupant d'enfants perturbés. Il faut ici encourager la formation plus nombreuse de catégories de personnel déjà connues, telles que infirmières psychiatriques, éducateurs spécialisés, mais aussi favoriser et de façon urgente la formation de catégories nouvelles de ce personnel de soins en aidant certaines institutions à prodiguer cette formation à l'intérieur de leurs cadres.

VIII. - Recherche

La recherche doit être particulièrement encouragée dans notre milieu:

1° - Dans le domaine de l'épidémiologie et de la statistique, si l'on veut pouvoir instaurer des plans de prévention adéquats;

2° - dans le domaine clinique de l'évaluation et de la thérapeutique, si l'on espère enrayer sinon réduire l'incidence des maladies mentales infantiles et adultes;

3° - dans le domaine des sciences de base qui ont apporté depuis quelques années de nouvelles dimensions à la psychiatrie générale, mais commencent à peine, faute d'occasion et de ressources, à s'intéresser aux problèmes plus spécifiques de la pédopsychiatrie.

RECOMMANDATIONS

1. - Que soit créé immédiatement au sein des Services Psychiatriques un comité consultatif de la Psychiatrie Infantile et, aussitôt que la chose sera possible, un secteur de Psychiatrie Infantile

2. - Que l'organisation de base des services de la psychiatrie infantile s'effectue au niveau régional sous la direction de coordonnateurs régionaux. Ces coordonnateurs, désignés par les Services Psychiatriques, constitueraient le comité consultatif de la psychiatrie infantile au sein des Services Psychiatriques.

3. - Que dans les villes de Montréal et de Québec, on décentralise les services de la psychiatrie infantile selon les principes de la sectorisation.

4. - Que chaque région, en autant que la chose est indiquée, soit dotée d'une variété de ressources pédopsychiatriques en considérant que les malades de toutes les parties de la province ont droit de trouver dans leur région les ressources nécessaires à leur traitement. Qu'on considère qu'il vaut mieux établir un plus grand nombre d'unités thérapeutiques plus petites plutôt que de centraliser les moyens thérapeutiques dans quelques grandes institutions.

5. - Qu'on reconnaisse aux jeunes malades psychiatriques et à ceux qui les traitent le droit à des conditions qui facilitent les traitements: architecture et équipement matériel appropriés, organisation particulière du travail, etc.

6. - Que selon le programme ci-joint (tableau I) les centres de psychiatrie infantile soient multipliés dans la région métropolitaine pour atteindre le nombre d'environ vingt d'ici cinq ans.

7. - Qu'un Institut de Psychiatrie Infantile soit créé immédiatement à Montréal. Cet Institut offrirait une gamme étendue de services aux malades tout en s'affirmant comme centre d'enseignement, de formation de personnel et de recherche.

8. - Qu'un centre de traitement intensif pour environ 75 jeunes mésadaptés sociaux et un internat médico-pédagogique pour traitements prolongés soient mis sur pied dans le plus bref délai possible dans la région métropolitaine.

9. - Qu'un réseau de foyers spéciaux soit développé au service des centres de psychiatrie infantile de la région métropolitaine.

10. - Que selon le programme ci-joint (tableau II) les ressources en psychiatrie infantile de la ville de Québec et de ses environs soient développées et multipliées.

11. - Qu'on envisage comme priorité primordiale la création d'un service de pédopsychiatrie complet dans le futur hôpital pédiatrique universitaire de l'Université Laval.

12. - Que les ressources du Centre Médico-Social pour Enfants de Québec soient étendues en aménageant le Centre dans des locaux adéquats et en y rattachant un internat de traitement pour jeunes mésadaptés.

13. - Qu'à partir des centres pédopsychiatriques bien établis soient mis sur pied des services de consultations aux régions éloignées suivant les principes énoncés dans le mémoire à ce sujet.

14. - Que selon le programme ci-joint (tableau III) les régions de la province en dehors de Montréal et de Québec soient dotées d'ici cinq ans des services de la psychiatrie infantile.

15. - Qu'on favorise la consultation pédopsychiatrique aux organismes professionnels, services communautaires, etc., dont le rôle principal est auprès des enfants.

16. - Que soit étudié au niveau interministériel la participation de la pédopsychiatrie aux développements actuels instaurés par le Ministère de l'Education (re: écoles régionales, etc.).

17. - Que des mesures soient prises pour favoriser l'intégration du travail des unités sanitaires, des médecins et des services sociaux surtout dans les régions encore dépourvues de services pédopsychiatriques. (Tableau IV)

18. - Que soit favorisé l'établissement de cours de perfectionnement et de stages en pédopsychiatrie et hygiène mentale de l'enfance pour les praticiens généraux, infirmières et autres praticiens oeuvrant auprès des enfants et que deux cours postscolaires de formation en nursing psychiatrique infantile soient mis sur pied, l'un à Montréal et l'autre à Québec.

19. - Qu'on encourage la promotion de l'hygiène mentale infantile dans les programmes d'éducation populaire (particulièrement ceux qui émanent du Ministère de la Santé) dans les écoles, collèges et universités.

20. - Que le gouvernement favorise l'établissement d'une fiche de profil médico-psychologique qui suivrait l'enfant de sa naissance à la fin de ses études.

21. - Que soit créé, au niveau des agences ministérielles, un comité de coordination en insuffisance mentale, groupant des représentants des gouvernements, des professionnels et des délégués des mouvements volontaires de parents. La répartition des insuffisants mentaux dans la province pourrait être étudiée par un tel comité.

22. - Que soit créé, le plus tôt possible, un réseau de classes ou d'écoles spécialisées pour insuffisants mentaux, pouvant assurer la continuité des soins jusqu'à l'âge adulte.

23. - Que soit organisé, au sein d'institutions déjà existantes, et par le moyen de nouvelles institutions, un réseau pour le traitement des adolescents et des caractériels ou délinquants. Entre autres, des consultations dans les

Cours de Bien-Etre Social et dans les écoles régionales seraient à instituer très prochainement.

24. - Que sur recommandation des milieux professionnels, le comité interministériel de l'enfance se préoccupe de voir le plus tôt possible à la formation de différentes catégories de personnel spécialisé, en établissant les normes de leur formation et en assurant les ressources financières nécessaires à leur recrutement.

25. - Que les Services Psychiatriques du Ministère de la Santé se préoccupent d'organiser un centre de statistiques qui accumule toutes les données nécessaires dans le champ de la psychiatrie infantile de notre province.

26. - Que les Services Psychiatriques du Ministère de la Santé favorisent l'expansion des sciences de base en psychiatrie infantile, en particulier dans les milieux hospitaliers, au moins autant que dans les hôpitaux pour adultes.

27. - Que les Services Psychiatriques encouragent de façon particulière les travaux de recherche dans le champ de la thérapeutique des psychoses et de la délinquance et dans celui de la classification des maladies psychiatriques chez les enfants.

Tableau I

REGION METROPOLITAINE DE MONTREAL

Centres de Psychiatrie Infantile actuels et à créer (1965 - 1970)

A. - Institutions régionales

Institutions actuelles:

Hôpital Mont-Providence
Hôpital Sainte-Justine
Montreal Children's Hospital
Verdun Protestant Hospital (1)

1967:

Institut de Psychiatrie Infantile de Montréal (2)
Centre de Traitement Intensif pour jeunes mésadaptés

1968:

Internat Médico-Pédagogique

(1) Section pour adolescentes et pour arriérés

(2) Remplacera en partie le Service de Psychiatrie Infantile de l'Hôpital Sainte-Justine

Tableau I.

B. - Services de Secteurs

Services actuels:

Hôpital Sainte-Justine
Montreal Children's Hospital
Jewish General Hospital
Hôpital Mont-Providence
Royal Victoria Hospital
Institut Albert-Prévost
Lakeshore General Hospital

Cliniques Externes seulement

Centre d'Orientation
Clinique d'Hygiène Mentale de la ville de Montréal
Mental Hygiene Institute

1965: Hôpital Notre-Dame
Hôpital Maisonneuve

1966: Hôpital Général du Christ-Roi de Verdun
Hôpital Général de la Rive Sud
Hôpital du Sacré-Coeur

1967: Hôpital Saint-Joseph de Lachine
Hôpital Saint-Jean de Dieu
St-Mary's Hospital
Clinique Externe no 1 de la ville de Laval

1968: Hôpital Sainte-Jeanne d'Arc
Clinique Externe de Repentigny - Bout de l'Ile

1969: Hôpital Jean-Talon
Clinique Externe no 2 de la ville de Laval

Tableau II

REGION METROPOLITAINE DE QUEBEC

CENTRES DE PSYCHIATRIE INFANTILE ACTUELS ET A CREER (1965-70)

A. Services Régionaux

Actuels:

- Le Centre Médico-Social pour Enfants
- Service d'Hygiène Mentale et de Neuro-Psychiatrie Infantile de l'Hôtel-Dieu

1965-66

- Expansion du Service d'Hygiène Mentale et de Neuro-Psychiatrie Infantile de l'Hôtel-Dieu

1966-67

- Instauration d'un Service en Pédo-Psychiatrie complet dans l'Hôpital Pédiatrique Universitaire
- Centre Résidentiel de traitement pour jeunes mésadaptés

1967-68

- Internat médico-pédagogique (filles)
- Autres Centres Résidentiels, suivant besoin

B. Services de Secteurs

1966-70

Consultations en Pédo-Psychiatrie:

- l'Hôpital du St-Sacrement
- l'Hôpital de l'Enfant-Jésus
- l'Hôpital St-François d'Assise
- l'Hôpital Jeffery Hale
- Clinique Roy-Rousseau et hôpital St-Michel-Archange

Tableau III

PROVINCE DE QUEBEC (x)

Centres de Psychiatrie Infantile à compléter et à créer (1965 - 1970)

1965 - 1967	Sherbrooke
	Trois-Rivières
	Valleyfield
	Hull
	Baie Saint-Paul
	Saint-Jérôme
1966 - 1968	Joliette
	Chicoutimi
	Rimouski
	Val d'Or
	Arthabaska - Victoriaville
	Saint-Hyacinthe
1967 - 1969	Drummondville
	Granby
	Sorel
	Lévis
	Saint-Jean
	Gaspé
	Mont-Laurier - L'Annonciation
	Saint-Ferdinand de Halifax
1968 - 1970	Beauce
	Sept-Iles
	Sainte-Anne des Monts
	Rivière-du-Loup
	Baie-Comeau
	Roberval
	Shawinigan
	Dorion - Vaudreuil

(x) A l'exclusion de la région métropolitaine et de la ville de Québec.

COORDINATION DES RESSOURCES REGIONALES (régions rurales, semi-urbaines)

ORGANISME, " BUREAU " de COORDINATION

Unités Sanitaires - Services Sociaux - Hôpitaux Régionaux, Médecins

(x) DEPISTAGE - PREPARATION DES CAS - DOSSIERS

pour

discussion - diagnostic - plan de traitement

par

Equipe (mobile) de Consultation
(pédo-psychiatre, psychologue, etc., d'un centre Urbain)

(x) Suivant les régions, un des trois organismes principaux servirait de "noyau" principal (locaux, dossiers, secrétariat) pour la structuration du travail dans la zône concernée.

1965

au Ministre de la Santé
de la Province de Québec

Leave with the Dept of Health

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTUDE

SUR LES BESOINS EN PSYCHIATRIE INFANTILE

DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC

Par:
Laurent Houde, M.D., président
Jean Délâge, M.D.
Jean-Louis Lapointe, M.D.
Denis Lazure, M.D., consultant

LEGISLATIVE LIBRARY OF ONTARIO
LEGISLATIVE LIBRARY
MAY 18 1966
RECEIVED

Juillet 1965

AU MINISTRE DE LA SANTE
DE LA PROVINCE DE QUEBEC

RAPPORT
DU COMITE D'ETUDE
SUR LES BESOINS EN PSYCHIATRIE INFANTILE
DANS LA PROVINCE DE QUEBEC

Par: Laurent Houde, M.D., président
Jean Delage, M.D.
Jean-Louis Lapointe, M.D.
Denis Lazure, M.D., consultant

Juillet 1965

En avril 1963, le Ministre de la Santé, l'Honorable Alphonse Couturier, à la suggestion du docteur Dominique Bédard, directeur des Services Psychiatriques, créait un comité spécial chargé d'étudier, à l'échelon provincial, les besoins en psychiatrie infantile et de présenter, dans un rapport, les recommandations appropriées.

Le comité tint huit réunions d'étude en avril et mai 1963, après quoi il dut cesser son travail temporairement pour des raisons administratives. Au cours de cette première période, un essai d'inventaire des ressources et des besoins de la province dans le domaine de la psychiatrie infantile fut entrepris. Des questionnaires furent envoyés à un grand nombre d'institutions, mais les réponses obtenues à ces questionnaires demeuraient trop fragmentaires et incomplètes pour représenter des statistiques valables.

En octobre 1964, le comité fut remis sur pied par le Ministère de la Santé. Il a terminé ses travaux à la fin de juin 1965. Durant cette période de travail, le comité a pu établir certains principes généraux concernant l'organisation de la psychiatrie infantile dans notre province. Les systèmes appliqués dans d'autres pays ont été étudiés par une revue spéciale de la littérature sur le sujet et à l'occasion d'un voyage d'étude sur le continent européen effectué en janvier et février 1965 par un des membres du comité. On trouvera en annexe un compte-rendu de ce voyage d'étude.

TABLE DES MATIERES

I. Situation générale des problèmes de la Santé Mentale Infantile 1

II. Principes directeurs 4

III. Etude de l'organisation générale de la Psychiatrie Infantile 6

A. Superstructures administratives 6
a) niveau provincial
b) planification et coordination régionales

B. Régionalisation et sectorisation 9

C. La gamme d'institutions nécessaires 11

IV. Services essentiels 12

A. Consultation 12
B. Diagnostic et traitement 20
C. Prévention 26

V. Besoins spécifiques de certaines catégories d'enfants 30

A. Les insuffisants mentaux 30
B. Les adolescents 33
C. Delinquance - Mésadaptés sociaux 34

VI. Besoins régionaux 35

A. Montréal 35
B. Québec 40
C. Autres régions 42

VII. Le personnel 43

VIII. Recherche 45

RECOMMANDATIONS 46

Tableau I

Tableau II

Tableau III

Détails sur le tableau III

Tableau IV

Principales sources de référence

Appendice

I. - SITUATION GENERALE DES PROBLEMES DE LA SANTE MENTALE INFANTILE

Au sens strict du mot, la psychiatrie est cette branche de la médecine qui se spécialise dans le diagnostic et le traitement des maladies mentales. Les conceptions anciennes de la maladie mentale restreignaient sous ce vocable les affections des émotions ou de l'esprit d'une qualité ou d'une intensité telle qu'elles se manifestaient dans une symptomatologie caractérisant le malade comme un être socialement différent. L'evolution de la médecine, surtout au cours de notre siècle, s'inserant dans le contexte plus global de l'évolution de la science, des idées et des attitudes humaines, a remis en cause les conceptions anciennes tant de la maladie que de la santé. Une part sans cesse grandissante des efforts de la médecine est consacrée à la prevention des maladies et à la conservation et à la promotion de la santé. Il ne s'agit plus, au vingtième siècle, de lutter pour conserver la race humaine; on travaille pour accroître sa longévité et améliorer sa qualité sur tous les plans.

Dans la poursuite de ce but général, la médecine est devenue membre d'une vaste équipe vouée à la promotion de la santé totale de l'homme. Le concept de santé devient si vaste qu'il exige à tous les niveaux la collaboration d'hommes de science et de techniciens appartenant à des secteurs aussi variés que la physique, la psychologie, la sociologie, l'éducation, etc.

Dès les débuts de son organisation comme discipline distincte, la psychiatrie infantile, obéissant aux nécessités impérieuses de la réalité, s'est constituée grâce à des équipes multiprofessionnelles, s'ancrant simultanément dans le médical, le social et le psychologique. A cause du domaine où elle oeuvre, la psychiatrie infantile a dû prendre conscience de la notion

de genèse des maladies mentales. Il lui a été donné d'observer et de comprendre le passage du normal à l'anormal, la relativité de ces concepts et l'importance d'une action précoce pour prévenir l'établissement chronique des désordres de l'esprit et de l'affectivité. Pour saisir ces désordres à leur source, pour pouvoir en arrêter l'évolution ou en prévenir l'éclosion, la psychiatrie infantile a dû aller exercer son art là où elle pouvait être le plus efficace. Il lui a fallu déployer des moyens pour influencer les divers milieux où pouvait germer la maladie mentale. Elle a dû s'introduire, par exemple, dans les cours juvéniles, dans les institutions de rééducation, dans les écoles, auprès des agences diverses s'occupant de l'enfance. Ceci a nécessité un travail de collaboration avec un grand nombre de personnes de formations diverses.

Pour comprendre comment devrait s'orienter dans notre province l'organisation de la psychiatrie infantile, il est donc plus opportun d'examiner d'abord la situation générale du problème de la santé mentale infantile pour ensuite placer dans ce cadre certains des aspects plus particuliers de la maladie mentale chez les enfants. Les remarques que nous avons exposées plus haut montrent la nécessité d'aborder l'enfant qui souffre, quelle que soit la nature de sa souffrance, sous son aspect global d'être humain. Qu'on envisage en effet la santé mentale sous l'angle de l'efficience du rendement de l'homme ou sous celui de son adaptation sociale ou sous celui de son bonheur, il faut tenir compte de l'existence d'un grand nombre de facteurs si l'on veut permettre à cet humain de fonctionner de façon normale ou moyenne. Les perturbations de la santé mentale peuvent être reliées à des troubles organiques, intellectuels, découler de facteurs affectifs, socio-culturels, pédagogiques, pour n'en citer

que les principaux. Les maladies physiques bien connues de la médecine, qu'elles soient aiguës ou chroniques, peuvent engendrer de façon directe ou indirecte des perturbations intellectuelles ou affectives. Les infirmités, motrices ou sensorielles, causent des problèmes d'adaptation socio-affective que l'éducation traditionnelle seule ne peut résoudre. Les anomalies du fonctionnement intellectuel peuvent engendrer directement non seulement des échecs d'apprentissage scolaire mais des inadaptations affectives et sociales profondes. Dans ces domaines l'équipe de la psychiatrie infantile est appelée de plus en plus à collaborer pour mettre sur pied des méthodes de traitement qui visent non seulement à la correction de certaines fonctions de l'enfant mais à son adaptation totale.

L'importance de la préservation et de la promotion de la santé mentale infantile n'est plus à démontrer. Elle a été depuis longtemps reconnue dans presque tous les pays et par les grands organismes internationaux s'intéressant à la santé publique. On connaît aussi aujourd'hui la place des difficultés d'adaptation de l'enfant dans la genèse des troubles psychiatriques adultes.

La complexité de la vie moderne, les changements rapides qui s'opèrent dans notre société rendent de plus en plus difficile l'adaptation du jeune être humain. Une prise de conscience de plus en plus étendue de la part de divers spécialistes et professionnels de cette notion de la santé et de la maladie mentales, et une réalisation de plus en plus précise qu'on peut maintenant faire quelque chose pour ce genre de problème, font que le dépistage de troubles autrefois souvent ignorés s'accroît à un rythme très rapide sans qu'on assiste chez nous à un développement parallèle des ressources thérapeutiques.

Un peu partout dans le monde on a essayé de circonscrire l'étendue des troubles affectifs de l'enfant au moyen d'études statistiques. On calcule aux Etats-Unis par exemple, que de 7 à 12% de la population scolaire a besoin d'aide pour des troubles affectifs. Les ressources globales que possède notre province dans le domaine de la psychiatrie infantile sont extrêmement limitées et ne commencent qu'à s'organiser. Si l'on compare l'équipement en personnel que possède notre province avec les normes recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé, soit une équipe de psychiatrie infantile par 50,000 de population, on constate rapidement les besoins à combler.

Il est important d'insister toutefois sur le fait que la santé mentale infantile n'est pas l'affaire exclusive de la pédopsychiatrie. L'efficacité des ressources de la psychiatrie infantile ne deviendra réellement complète qu'avec le développement de ressources scolaires spéciales en nombre suffisant. Dans ce domaine tous les responsables de la santé, de l'éducation et du bien-être de l'enfant doivent collaborer.

II. - PRINCIPES DIRECTEURS

Pour que la psychiatrie infantile puisse vraiment jouer son rôle dans notre province, il importe d'envisager son développement en considérant certains principes.

a) Planification: le développement des services et des ressources de la psychiatrie infantile doit être situé dans un programme plus global de santé mentale communautaire. Dans ce programme d'ensemble, le rôle plus précis de la psychiatrie infantile doit être établi en collaboration avec les autres organismes ou systèmes responsables qui participent à ce programme. Par ailleurs,

pour véritablement jouer son rôle, la psychiatrie infantile a besoin d'une structure propre à l'aide de laquelle elle puisse diriger et coordonner ses efforts.

b) Etendre les services et les ressources: Dès qu'on examine un peu la situation de la psychiatrie infantile dans notre province, on note une carence de ressources. Cette carence est presque totale dans de trop nombreux secteurs de la province tandis que dans certaines villes on trouve des services bien organisés mais encore nettement insuffisants. Il a déjà été reconnu qu'il faut multiplier les services de psychiatrie infantile. (Recommandations 35 et 37 du rapport de la Commission d'Etude des Hôpitaux Psychiatriques, 1962). Différentes enquêtes et études telles que celles des Commissions Tyhurst et Hall ont insisté sur le besoin de régionaliser et de décentraliser les services psychiatriques.

c) Accroître la qualité et la variété des services: les services existants doivent s'améliorer sans cesse pour répondre aux besoins de plus en plus précis de la population. On insiste partout dans le monde sur la nécessité d'équiper les centres de psychiatrie infantile de personnel mieux formé, en nombre suffisant. Nous possédons un certain nombre d'institutions de grande qualité, mais plusieurs des centres où parents et enfants vont consulter manquent de personnel qualifié quand ce n'est pas de personnel tout court.

Dans les milieux un peu mieux organisés, la variété des ressources pour répondre aux besoins des enfants malades est insuffisante. S'il est vrai que notre société est jeune, que nous ne possédions pas jusqu'ici les personnes capables de mettre sur pied toutes ces ressources variées, la situation change

rapidement. Le manque de diversité des moyens thérapeutiques nuit à l'efficacité des services existants et paralyse bien souvent l'action de ceux qui oeuvrent dans le domaine de la santé mentale.

d) Utilisation et coordination de ressources diverses: la psychiatrie infantile ne pourra jamais répondre seule aux besoins de la sante mentale infantile. L'évolution de la société, la liberté des malades et de ceux qui ont des problèmes de chercher l'aide là où ils croient qu'elle sera plus appropriée pour eux, l'existence d'oeuvres, d'agences et de points de vue s'inspirant de philosophies différentes, feront qu'il existera toujours plusieurs ressources se rattachant à des systèmes de pensée différents où l'on travaillera à la préservation de la santé mentale infantile. La pédopsychiatrie ne pouvant répondre seule à ce besoin, il est important qu'elle collabore avec ces ressources, les utilise le mieux possible et participe aux efforts qui pourraient être faits en vue de leur coordination.

e) Nécessité de la recherche: dans l'état actuel de nos connaissances il serait illusoire de penser que nous puissions, au Québec, nous dispenser de consacrer d'énormes efforts à la recherche dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie infantile. Cette recherche doit s'effectuer tant au plan fondamental qu'au plan de l'application pratique. La recherche est essentielle au développement de nos services et pour accroître leur rendement et leur efficacité. Si de nombreuses recherches se font dans des pays plus populeux et plus riches que le nôtre, il serait faux de croire que dans certains domaines tout est découvert et que nous n'avons qu'à étudier ce que les autres ont trouvé pour l'appliquer chez nous. La science humaine n'avance que grâce aux efforts

conjugués des chercheurs de toutes les nations. En accentuant nos efforts de recherche, nous nous aiderons d'abord nous-mêmes tout en faisant bénificier l'humanité des fruits de nos travaux.

f) L'architecture dans les institutions de la psychiatrie infantile: il semble utile d'insister chez nous sur le droit que le malade mental, et en particulier l'enfant perturbé, ont d'être traités dans les cadres de milieux physiques appropriés et propices à leur guérison. On admet aujourd'hui d'une façon de plus en plus courante dans l'industrie, dans le commerce, dans l'éducation, l'importance de l'ambiance comme facteur d'amélioration du rendement. Si l'action de la psychiatrie infantile s'exerce surtout grâce à l'établissement de relations interpersonnelles positives, il ne faut pas négliger tous les facteurs susceptibles de favoriser l'établissement de cette relation. Les cadres physiques où l'on traite les enfants souffrant de problèmes affectifs doivent être adaptés aux besoins de ces derniers. Il est important pour des enfants d'avoir de l'espace où évoluer. Il est également important que les bâtiments où les enfants sont reçus et traités soient conçus, agencés, décorés, meublés de telle façon qu'ils contribuent à créer un milieu agréable, humanisé, engendrant des sentiments de sécurité, de chaleur et de paix. Le personnel qui travaille auprès des enfants souffrant de problèmes affectifs a, lui aussi, besoin d'être supporté par un milieu physique où il se sente à l'aise pour travailler. Dans ce genre de traitement où il faut donner beaucoup de soi, on doit viser à diminuer les irritants inutiles contre lesquels on lutte au détriment des malades. Insistons ici particulièrement sur l'importance de régler le problème de l'élimination du bruit dans les institutions de la psychiatrie infantile.

III. - ETUDE DE L'ORGANISATION GENERALE DE LA PSYCHIATRIE INFANTILE

A. Superstructures administratives:

La planification, l'organisation et la coordination des services et des ressources de la psychiatrie infantile doivent s'effectuer aux niveaux provincial, régional et local.

a) Niveau provincial: à cause de l'importance de la psychiatrie infantile telle qu'elle a été définie dans notre introduction et à cause de l'accroissement rapide que devra connaître l'ensemble de ces services, il nous semble nécessaire que la psychiatrie infantile soit représentée de façon distincte au sein des Services Psychiatriques du Ministère de la Santé. Il sera probablement nécessaire d'envisager d'ici peu la création d'une section de psychiatrie infantile à l'intérieur des Services Psychiatriques. On peut envisager pour l'immédiat la création d'un Comité Consultatif de la Psychiatrie Infantile. Eventuellement, ce Comité Consultatif devrait être composé de directeurs ou de coordonnateurs régionaux; son rôle serait d'aider les Services Psychiatriques à évaluer les besoins en psychiatrie infantile et à planifier l'organisation, la répartition et l'orientation des services.

b) La planification et la coordination régionales: graduellement, chacune des régions assez importantes de la province devrait compter un directeur ou coordonnateur régional de la psychiatrie infantile à qui incomberait l'évaluation des besoins de sa région. La coordination des différents services de la psychiatrie infantile entre eux ainsi qu'avec d'autres services en dehors de la juridiction immédiate de celle-ci, et la planification et l'organisation des services nouveaux seraient de son ressort. Ce directeur ou coordonnateur régional

serait un pédopsychiatre, lui-même impliqué dans le travail clinique. Il devrait posséder une vue d'ensemble des besoins et des ressources de sa région et favoriser le fonctionnement harmonieux de celles-ci tout en respectant leur autonomie. Sa nomination comme directeur ou coordonnateur régional relèverait de la direction des Services Psychiatriques. Il devrait être choisi pour l'étendue de ses connaissances des besoins communautaires, pour sa souplesse et sa capacité de collaborer avec différents milieux. Trait d'union entre le gouvernement central et les institutions locales, son rôle serait surtout d'unifier les efforts plutôt que d'imposer des directives.

B. Régionalisation et sectorisation:

Régionalisation: en dehors de Montréal et de Québec, les services de la psychiatrie infantile devraient être organisés sur une base régionale. Graduellement la province devra être divisée en un certain nombre de régions qui, toutes, pourront offrir aux enfants la gamme des services et institutions nécessaires au dépistage, au diagnostic et au traitement de leurs difficultés. Dans chaque région, devra être établi un Centre principal où s'établiront d'abord ces services. Dans l'établissement de ce Centre premier et principal, on tiendra compte des ressources locales existantes, du caractère particulier des institutions de la région et des possibilités pratiques. Dans certaines régions les services de base de la psychiatrie infantile pourront être offerts conjointement avec les services de la psychiatrie adulte. Ils pourront originer de l'hôpital psychiatrique local, être intégrés au service de psychiatrie d'un hôpital général être rattachés à un service de pédiatrie. Dans d'autres cas, ils pourraient se développer à partir d'un service de Santé Mentale existant, d'un centre médico-

psycho-social. Ailleurs une collaboration étroite pourrait être établie avec l'organisation d'une école régionale. Ce qui importe, c'est d'utiliser les ressources existantes au maximum et de développer les services susceptibles de la plus grande efficacité tant sur le plan administratif que pour le bien des malades.

Sectorisation: à Montréal et à Québec surtout, le problème, face à une très grande population est de développer un système de services où le contact humain avec un secteur particulier de la population soit préservé. Dans ces deux villes, on devrait s'inspirer des expériences de sectorisation qui ont été entreprises dans d'autres pays et plus particulièrement dans le XIIIe arrondissement à Paris, dans le Canton de Genève en Suisse, et dans la ville de Stockholm en Suède. Le développement de services trop centralisés dans les villes engendrait une déshumanisation de la pratique de la psychiatrie infantile, déshumanisation néfaste entravant les efforts de l'équipe psychiatrique. Dans le but de réduire d'énormes listes d'attente et aussi de rendre un service meilleur et plus complet à la population, on a multiplié les équipes afin de répondre adéquatement aux besoins de la population contenue dans un secteur géographique déterminé. Dans l'expérience pilote du XIIIe arrondissement à Paris, par exemple, chaque équipe psychiatrique est responsable de la population d'enfants fréquentant un certain nombre d'écoles. Cette équipe est responsable du dépistage, du diagnostic et du traitement de tous les enfants présentant des problèmes psychiatriques. Parce qu'elle peut répondre immédiatement aux besoins, elle exerce une action préventive extrêmement importante. De plus, en limitant son champ d'action, l'équipe peut connaître à fond le milieu où elle travaille. Non seulement

traite-t-elle directement les enfants, mais il lui est possible d'influencer le milieu où ces enfants évoluent. Elle peut établir des contacts valables avec les instituteurs, les policiers du quartier, les prêtres, travailleurs sociaux, et ceci sur un plan individuel et personnel. Cette expérience établie à Paris au niveau d'un arrondissement qui compte environ 175,000 habitants, est appliquéede façon assez intégrale au Canton de Genève comptant une population d'environ 300,000 personnes. La Suède est à établir ce système dans ses grandes villes. Il y aurait certes lieu de diviser la métropole et Québec selon ce principe de la sectorisation.

C. La gamme d'institutions nécessaires:

Chaque région de quelque importance devrait posséder une gamme complète d'institutions et de services pour répondre aux besoins divers de plusieurs catégories de malades. Certains enfants peuvent être aidés indirectement si on offre des services de consultation bien organisés aux personnes ou agences qui sont en contact direct avec eux. La plupart des enfants qu'il faut examiner et traiter peuvent l'être dans des cliniques externes. Celles-ci doivent être assez nombreuses et autant que possible desservir des régions limitées contenues dans un périmètre raisonnable. Un réseau d'oeuvres bien organisé comprendra des services où des observations et des traitements intensifs peuvent être offerts. Hôpitaux et centres de jour de nature variée doivent être multipliés pour répondre aux besoins de malade qui requièrent des traitements très intensifs. D'autres malades nécessitent aussi d'être traités hors de leur foyer. L'hôpital pédopsychiatrique, le service de psychiatrie infantile d'un hôpital pédiatrique répondront aux besoins de ceux qui requièrent des soins assidus mais de courte

durée. Des enfants auront aussi besoin d'un traitement intensif dans un milieu bien structuré, ressemblant quelque peu au milieu familial mais où ils pourront séjourner de 6 à 12 mois par exemple. Ces centres de traitement intensif de moyenne durée mettent l'accent sur l'action du milieu thérapeutique tout en offrant des services de thérapie individuelle ou collective. L'approche y est médicale et pédagogique. Par ailleurs d'autres malades ont besoin d'un traitement en milieu hospitalier spécialisé ou en internat de rééducation, traitement qui pourra être d'une plus longue durée. Rattachés à ces divers services internes, des foyers spécialisés, foyers de groupes, sont indiqués.

Chaque région, et dans certains cas chaque secteur devrait posséder un éventail de ces services. Tous ne sont pas nécessaires dans une région donnée, et certains, à cause de leur caractère très spécialisé peuvent desservir plusieurs régions. A long terme cependant, il semble plus rentable d'envisager l'établissement de plusieurs systèmes de services complets de dimensions plus réduites. Il n'existe pas de système idéal comprenant un réseau particulier d'institutions et de services. Il y a des besoins de base applicables à peu près à toutes les régions, et chaque région aura ses problèmes et ses besoins particuliers. C'est pourquoi la planification aux niveaux régional et interrégional est si nécessaire.

IV. - SERVICES ESSENTIELS

A. Consultations

a) La consultation en général: la consultation, suivie ou non du traitement approprié, constitue actuellement une des fonctions essentielles de l'équipe pédopsychiatrique. L'idée et le besoin de consulter sont maintenant

raisonnablement répandus, du moins dans les grandes villes. Le nombre considérable de consultations demandées dans les cliniques et hôpitaux spécialisés ainsi qu'en clientèle privée, les listes d'attente très longues, les multiples fonctions qu'on attend du pédopsychiatre en font foi.

Il est donc inutile de revenir sur le fait que dans les grands centres la nécessité de la consultation en pédopsychiatrie s'est imposée et que la difficulté majeure réside dans la réponse que les psychiatres en particulier, trop peu nombreux, peuvent donner à cette demande. Dans une perspective d'avenir, et de façon idéale, il faudrait toutefois promouvoir les réalisations suivantes:

1) étendre rapidement la consultation à tous les organismes et tous les professionnels déjà sensibilisés à cette nécessité et qui l'exigent: agences sociales, cours de justice, médecins, pédiatres et psychiatres, services internes et externes de psychiatrie des hôpitaux généraux, services de pédiatrie;

2) convaincre les services communautaires encore réticents ou insuffisamment renseignés sur le rôle primordial que la pédopsychiatrie peut jouer chez eux; par leur situation privilégiée auprès de l'enfant, ils peuvent en effet jouer un rôle capital dans la prévention et le dépistage des troubles affectifs et intellectuels; à titre d'exemple, citons: les crèches et les services d'adoption, l'Immigration, les services d'Hygiène de l'Enfance, les Unités Sanitaires des grandes villes, les Gouttes de Lait, l'Assistance Maternelle, etc. De plus, plusieurs institutions spécialisées pour enfants ne se prévalent pas encore des services indispensables de la consultation pédopsychiatrique.

Quant aux Commissions Scolaires et aux Régionales, nous croyons que l'intégration des services de pédopsychiatrie à leur fonctionnement futur (en regard de la mise en application des conclusions du rapport Parent) devrait faire le sujet d'une étude spéciale. En effet, plusieurs pays se servent de l'école ou de la régionale comme noyau de l'organisation de tous les services concernant l'enfance régulière ou exceptionnelle. Il serait fâcheux qu'un tel mouvement, à l'échelle provinciale, continue de se structurer sans qu'on considère la possibilité d'une participation active de l'équipe pédopsychiatrique.

La consultation pédopsychiatrique constitue donc le facteur majeur de présence psychiatrique dans le monde organisé des soins aux enfants; elle est une condition essentielle à la qualité du dépistage, de la prévention, du diagnostic précoce et du traitement des troubles de la croissance psychique de l'enfant.

Une telle diversité de services consultatifs suppose une augmentation considérable du nombre des membres de l'équipe pédopsychiatrique, en particulier des psychiatres, et la multiplication des centres de consultation, à la mesure des besoins suscités, tel que recommandé et explicité dans une autre section de notre rapport. Dans les grandes villes, la consultation pédopsychiatrique est en voie de remplir son rôle; améliorée, systématisée et étendue aux services déjà existants mentionnés plus haut, nous croyons qu'elle pourrait couvrir assez adéquatement le champ d'action que nous lui fixons, compte tenu des autres ressources pédopsychiatriques que ces villes possèdent déjà et qui devront se développer proportionnellement aux exigences d'un tel système. Montréal, Québec et peut-être Sherbrooke, Trois-Rivières et Hull (ces deux dernières villes avec

la collaboration à temps complet d'un pédopsychiatre) semblent avoir l'organisation minimum prévue pour instaurer un tel plan de consultation pédopsychiatrique locale.

b) Consultation dans les centres éloignés

Après une étude approfondie des expériences analogues tentées au Canada et dans d'autres pays pour fournir une consultation pédopsychiatrique adéquate aux régions et localités éloignées des grands centres, nous croyons que le terme de service de consultation extérieur en psychiatrie infantile est préférable à celui d'équipe mobile. A cause de l'étendue de notre province, et de la variété des services psychiatriques actuellement nécessaires pour répondre aux besoins les plus urgents, les services requis doivent être diversifiés suivant les régions auxquelles ils s'adressent. Il est en effet illusoire et contraire à la tendance mondiale dans ce domaine, de concevoir une équipe qui consacrerait tout son temps à visiter les régions éloignées des grands centres. Le service que nous envisageons ne peut se concevoir qu'à partir de centres déjà organisés: centre de guidance infantile, clinique de consultation psychiatrique pour enfants, hôpital pédiatrique. Seuls ces centres déjà structurés possèdent le personnel professionnel susceptible de former, suivant les besoins, l'équipe destinée à desservir les régions plus éloignées. La nécessité d'une telle systématisation n'est plus à démontrer. Les longues listes d'attente des centres urbains, les demander réitérées des services sociaux régionaux et de toutes les sources de référence sont suffisantes à la justifier.

L'idéal serait évidemment la création locale, dans ces régions, de cliniques de consultation et de traitement pour les enfants perturbés. Ces cliniques pourraient être autonomes ou rattachées à un service psychiatrique

général de la région. Actuellement, toutefois, il est impossible de considérer cette éventualité et certaines régions, trop éloignées et dont la population infantile est insuffisante, ne pourront jamais bénéficier de telles cliniques. Pour fournir le plus rapidement possible les services régionaux désirés, il est indispensable d'utiliser les services communautaires existants et de les exploiter au maximum avant d'établir de nouveaux services. Il doit exister une coopération active entre les services sociaux, les unités sanitaires, les médecins, les hôpitaux régionaux, les institutions et les organismes privés.

L'organisation du service de consultation régional en psychiatrie infantile doit donc devenir partie intégrante du programme d'ensemble d'hygiène mentale pour la province. Nous croyons que les pédopsychiatres devraient être consultés dans la planification et la coordination de ce service à la population.

Il faut insister sur la nécessité du dépistage et du traitement précoce des enfants présentant des troubles affectifs ou intellectuels. Il faut aussi prévoir une continuité dans le traitement de l'enfant et de sa famille. Le service de consultation extérieur devrait pouvoir atteindre les buts suivants: dépistage, diagnostic et traitement des enfants; service de consultation aux agences sociales et aux institutions de la région; évaluation continuelle des services rendus; possibilité d'entraînement de personnel des différentes disciplines concernées; recherche; éducation en prévention et en hygiène mentale infantile.

Nous avons fait un relevé des services communautaires existant dans la province; presque toutes les régions possèdent une ou plusieurs des res-

sources suivantes: unités sanitaires (médecins et infirmières), services sociaux et leurs filiales, médecins et parfois pédiatres, hôpitaux régionaux (certains ayant un service psychiatrique), hôpitaux psychiatriques pour enfants (Baie St-Paul, St-Ferdinand d'Halifax, par ex.), psychologues-orienteurs attachés à des commissions scolaires ou à des services sociaux.

Partant du principe énoncé plus haut de la nécessité de superstructures administratives coordonnant la régionalisation il est possible d'entrevoir un plan pour desservir les régions.

Il faut, à l'échelon provincial, établir des zones de besoin; ces zones doivent être considérées comme possédant déjà certaines des ressources déjà mentionnées; c'est à partir de ces ressources, groupées en vue d'une action commune, soit le dépistage, le diagnostic et le traitement des enfants exceptionnels, qu'il sera possible de déterminer, pour chaque région donnée et compte tenu des professionnels oeuvrant déjà dans la région, sous quelle forme la consultation pédopsychiatrique pourra être le plus profitable et quel mode de fonctionnement elle doit adopter.

A titre d'exemple, nous mentionnerons les ressources actuelles des régions desservies par le Centre Médico-Social pour Enfants de Québec, excluant la ville même et les environs, Lévis, Trois-Rivières, Sherbrooke, Victoriaville, mais incluant les comtés environnants, la Beauce, la région du Lac St-Jean et Chicoutimi, la Gaspésie et la Côte Nord. (Nous incluons, au moment de cette étude, Baie St-Paul, dont la restructuration en cours permettra de constituer une zone possédant tous les services consultatifs nécessaires).

Cet ensemble, servi actuellement par une seule clinique pour enfants, comprend environ 1,500,000 personnes. A l'extérieur des villes de Québec et

de Lévis, nous trouvons les ressources communautaires suivantes:

- 15 hôpitaux locaux (au minimum);
- 1 service psychiatrique dans un hôpital général (Chicoutimi);
- 9 pédiatres;
- 152 infirmières hygiénistes des unités sanitaires;
- 38 médecins hygiénistes;
- 41 travailleurs et aides sociaux, groupés en 9 services sociaux et 12 filiales;
- 1 centre psycho-social (Rimouski);
- un nombre considérable de licenciés en orientation;
- tous les médecins praticiens de ces régions.

Il nous semblerait donc relativement facile, à partir d'une planification centrale et régionale, de coordonner le travail de ces professionnels autour d'un noyau principal, variable suivant la région, qui s'emploierait à structurer la zone en regard des besoins des enfants et à établir le genre de consultation pédopsychiatrique nécessaire. Nous pourrions de la sorte répondre progressivement aux besoins de toutes les régions.

Pour en arriver assez rapidement à une planification de ce genre, certaines suggestions sont nécessaires:

a) Importance capitale d'une superstructure administrative et collaboration des divers ministères intéressés;

b) Unités sanitaires: elles constituent un élément valable comme noyau de l'organisation régionale. Infirmières et médecins pourraient dépister les cas et les préparer pour diagnostic et traitement par l'équipe de consultation. Le travail pourrait se faire conjointement avec les services sociaux, locaux, les médecins, les orienteurs, les hôpitaux, les écoles régionales, etc.

Médecins et infirmières hygiénistes pourraient bénéficier de stages, cours et visites dans les centres, cliniques et hôpitaux pédopsychiatriques afin d'acquérir les notions élémentaires nécessaires au dépistage, au travail en équipe et à l'orientation appropriée des cas les plus simples. Progressivement, l'équipe locale devrait aider à la formulation et à la précision du diagnostic, ainsi qu'à la discussion et aux formes de traitement, et éventuellement participer au traitement par une action locale.

En procédant ainsi, l'équipe régionale, suivant sa composition, pourrait se dispenser graduellement de l'équipe de consultation (pour les cas simples); par la formation acquise et en s'adjoignant du personnel qualifié, elle se développerait en une unité autonome.

On pourrait aussi utiliser les infirmières psychiatriques, après un stage en pédopsychiatrie; l'infirmière psychiatrique pourrait être ajoutée à l'équipe d'une unité sanitaire ou faire partie de plusieurs unités sanitaires et s'occuper particulièrement de l'hygiène mentale.

c) Les Services Sociaux: de par leur fonction, les services sociaux s'emploient déjà au dépistage des troubles affectifs et intellectuels de l'enfant. Plusieurs se sont adjoint des psychologues et des orienteurs. Par le truchement de la coordination centrale et régionale, il ne suffirait parfois que de compléter l'équipe locale, suivant les besoins, en leur fournissant à certaines périodes l'équipe de consultation. Si la coordination peut aussi se faire avec le travail des unités sanitaires tel que souhaité, l'équipe locale serait suffisante pour traiter, après consultation pédopsychiatrique, plusieurs catégories de cas.

d) Hôpitaux régionaux avec service de psychiatrie: la psychiatrie étant déjà organisée dans ces hôpitaux, il est évidemment beaucoup plus facile d'adjoindre périodiquement l'équipe de consultation pédopsychiatrique et de viser rapidement à intégrer au service un pédopsychiatre.

e) Médecins et pédiatres doivent être initiés le plus rapidement possible au dépistage des déficients mentaux, des "enfants vulnérables", etc, et intéressés directement au travail de l'équipe régionale et de l'équipe de consultation.

B. Diagnostic et traitement

a) Les cliniques externes: les cliniques externes ou centres de guidance infantile forment la base de la pratique de la psychiatrie infantile et demeurent encore l'outil le plus pratique pour combattre la maladie mentale infantile. Le rôle principal de ces cliniques est le diagnostic et le traitement.

Comme dans toutes les autres branches de la médecine, un diagnostic sérieux est nécessaire en psychiatrie infantile. Dans bien des cas, un problème bien étudié peut être réglé d'une façon satisfaisante au moment du diagnostic. En effet, dans cette première étape du traitement, quelle que soit sa difficulté, l'enfant a droit à une évaluation adéquate de son problème. Cette évaluation nécessite une enquête complète de la situation familiale, de la situation scolaire, de toute situation sociale autre que la situation scolaire, une exploration de ses activités récréatives ou autres impliquant ses relations avec d'autres enfants. De plus, l'examen doit comporter un inventaire complet de sa santé, ce qui nécessite des examens physique, psychologique et psychiatrique.

L'application de ce prérequis essentiel à une action efficace sur le plan thérapeutique nécessite l'emploi d'un temps suffisant et de divers professionnels hautement qualifiés.

Les cliniques externes doivent aussi offrir à l'enfant et à ses parents les traitements nécessités par leur état. Les thérapeutiques efficaces dans le domaine de la psychiatrie infantile peuvent être simples dans certains cas mais longues et nécessitant l'investissement de beaucoup d'efforts dans d'autres. Une clinique externe bien organisée, sans être nécessairement trop considérable, devrait comprendre une équipe assez nombreuse et variée qui puisse offrir à ses patients un choix de thérapeutiques. Les psychothérapies, qu'elles soient individuelles ou collectives, représentent actuellement le traitement le plus efficace que nous possédions pour certains troubles affectifs. Ces thérapeutiques sont très difficiles d'application et requièrent un personnel hautement préparé, travaillant dans des conditions spéciales qui ne sont pas toujours appréciées par des administrateurs se souciant de la statistique ou du rendement apparent. L'une des conditions importantes à respecter dans les entrevues psychothérapiques est la régularité de ces entrevues et leur déroulement dans un calme qui ne soit pas constamment interrompu par des intrusions de l'extérieur. A cause de ceci, les psychothérapeutes qui ont en charge un grand nombre de malades cessent souvent d'être disponibles aux demandes d'une population exigeant une aide immédiate ou rapide. Il est donc important de prévoir un personnel suffisant dans les cliniques externes et une organisation répartissant d'une façon équilibrée les types de traitements offerts.

Les cliniques externes peuvent être appelées à jouer un rôle d'orientation des cas vers d'autres ressources plus spécialisées telles que hôpitaux de jour, internats. Un réseau bien organisé de cliniques externes devrait aussi assurer les traitements de suite, permettant ainsi l'utilisation maxima de ces ressources.

Enfin, mentionnons le rôle important que peut jouer la clinique externe dans le domaine de la consultation à d'autres organismes.

b) Les Centres ou Hôpitaux de Jour: tant dans le domaine de la psychiatrie adulte que dans celui de la psychiatrie infantile, on a assisté un peu partout au cours de la dernière décade à la création de centres ou hôpitaux où les malades ne résident que le jour. Cette ressource est particulièrement appropriée au traitement des enfants nécessitant des soins intensifs mais chez qui il importe de maintenir des liens solides avec le milieu familial. Ces centres peuvent être rattachés à un système scolaire, à un système hospitalier, ou bien comme la chose se développe en certains pays, devenir partie de cliniques externes. L'utilisation de cette ressource permet dans bien des cas de prévenir des hospitalisations ou placements en institution et aussi de réduire la durée d'hospitalisation. Dans la région montréalaise, il existe présentement trois cliniques de jour, soit à l'Hôpital Sainte-Justine, au Mont-Providence et au Montreal Children's Hospital. Ces cliniques offrent surtout leurs soins à des enfants d'âge préscolaire. Le besoin de centres de jour pour enfants d'âge scolaire et adolescents devient cependant de plus en plus grand mais nécessitera une organisation plus poussée tant en locaux qu'en personnel.

c) Les Services Internes: il est admis en général qu'on ne doit recourir à l'hospitalisation ou à l'internement des enfants que lorsque la chose est absolument nécessaire. Plus les ressources telles que cliniques externes, classes spéciales, hôpitaux de jour se multiplieront, moins il sera nécessaire d'hospitaliser ou d'interner des enfants. Toutefois, l'hospitalisation ou le traitement en institution représente une mesure thérapeutique de choix dans un certain nombre de cas. Il importera donc de développer ces ressources en fonction de besoins précis et après avoir conçu avec soin leur rôle, leur structure et leur organisation.

Tout hôpital pédiatrique et tout service pédiatrique de quelque importance devrait posséder une section interne de psychiatrie infantile aménagée selon les critères particuliers de cette spécialité. En général, ce genre de ressource permet des études et des traitements intensifs de problèmes complexes pouvant être solutionnés en quelques semaines ou possiblement en quelques mois. Il ne sera pas toujours nécessaire d'avoir une unité séparée à l'intérieur d'un service de pédiatrie, mais une équipe psychiatrique pourra donner un meilleur rendement si elle possède certains locaux où elle pourra observer et traiter quelques malades.

Là où la population est très dense, la section de psychiatrie infantile d'un hôpital pédiatrique peut devenir assez importante pour être conçue comme une unité séparée et autonome. Dans ce cas, l'hôpital de psychiatrie infantile offrira des traitements plus prolongés et hautement spécialisés en milieu interne.

Il peut devenir nécessaire de retirer des enfants de leur milieu familial pour des périodes allant de plusieurs mois à une ou deux années. Ces enfants ont besoin de milieux où l'approche pédagogique est intimement combinée à l'approche psychiatrique. On parlera ici de centres de traitement intensif de moyenne durée, d'internat de rééducation ou de "residential centers". Ce type de ressource s'est beaucoup développé au cours des dernières années dans à peu près tous les pays. La philosophie qui gouverne ces institutions est très variable et dépend soit du fondateur de l'institution, soit de l'équipe professionnelle qui la compose. L'approche peut être soit pédagogique, soit psychiatrique. De plus en plus cependant, l'approche devient mixte dans la plupart de ces institutions. Il s'agit d'effectuer un travail en profondeur auprès

d'un enfant, présentant des perturbations socio-affectives graves, et qu'on désire réintégrer dans sa famille et dans la société. Habituellement ce travail ne peut s'accomplir que si on peut exercer une action importante auprès du milieu, et particulièrement sur les parents. Un certain contact plus ou moins régulier et intensif devant être habituellement maintenu avec la famille, l'institution ne doit pas être située trop loin des endroits d'où proviennent ses sujets. L'évolution de la clientèle de ces centres semble varier et dans bien des endroits la nécessité d'un apport psychiatrique plus important est ressentie sur le plan thérapeutique. Le Centre Clairséjour, situé à Westmount, représente assez bien ce type de ressource. On y trouve des enfants qui présentent des difficultés d'adaptation sociale surtout et qui ont besoin d'une rééducation en milieu bien organisé, possédant des ressources variées. La majorité des enfants de cette institution présente des problèmes psychiatriques importants. A cause d'une pénurie de psychothérapeutes, plusieurs enfants de ce centre doivent prolonger leur séjour en internat avant d'être réintégrés dans leur milieu. Mieux équipé que bien d'autres centres analogues, Clairséjour est cependant un exemple: la rééducation qu'on y offre pourrait être beaucoup plus efficace si ses ressources psychiatriques étaient accrues.

Si les centres de traitement intensif que nous venons de décrire sont essentiels dans un réseau complet de psychiatrie infantile, ils ne représentent pas, pour la catégorie d'enfants qu'ils servent, la seule solution. Des foyers de groupes seraient préférables dans certains cas. Par ailleurs, ces centres sont souvent isolés et éprouvent parfois des difficultés importantes à diriger leurs sujets ailleurs quand la partie essentielle de leur rôle a été remplie.

Ceci pose un problème qui nécessiterait une étude très poussée.

Nous avons mentionné, à propos des centres de traitement intensif, l'utilité de foyers de groupes. Ces foyers de groupes ou foyers nourriciers spéciaux peuvent être d'une grande variété et servir plusieurs catégories de malades. Selon leur nature, ils peuvent être utilisés par des cliniques externes, des hôpitaux de jour, des hôpitaux psychiatriques etc. C'est là une formule dont notre province a encore peu profité et dont le développement pourrait devenir extrêmement rentable.

Dans un réseau complet, une autre ressource essentielle est l'hôpital psychiatrique d'enfants, pour traitements plus prolongés. Il existera toujours un certain nombre d'enfants dont la cure devra être extrêmement longue, où les espoirs de guérison complète seront très minces mais qui nécessiteront des soins autres que ceux qu'une simple garderie peut offrir. L'Hôpital Psychiatrique D'Etat se doit d'aménager pour ces enfants des services particuliers où, sur de longues périodes, des essais et des recherches thérapeutiques peuvent être mis en oeuvre. S'il est bien évident que certains troubles psychiatriques de l'enfance sont permanents, il ne faut cependant pas se hâter trop vite de conclure à la chronicité chez beaucoup de ces malades. Certains auront besoin de soins humanitaires pour toute leur vie mais plusieurs pourront être réhabilités dans une certaine mesure et être éventuellement insérés dans un contexte social plus régulier où il leur sera possible d'avoir un fonctionnement moins anormal.

d) La Post-Cure: le problème de la post-cure se pose surtout dans les institutions de traitement intensif où les malades vivent le régime de l'internat. Bien souvent ces internats de rééducation ou ces hôpitaux de traitement

à longue durée acceptent des malades venant de centres éloignés. Pour cette raison et souvent à cause d'un manque de personnel, ces institutions ne peuvent offrir des services de post-cure ou services de suite à leurs malades en congé. Dans bien des cas cette lacune est néfaste et peut résulter en une réhospitalisation. Quand ces institutions seront bien intégrées dans des réseaux d'oeuvres comportant un nombre suffisant de cliniques externes, les services de suite et de post-cure pourront être assurés d'une façon plus régulière et plus efficace.

C. Prévention

La prévention des troubles affectifs et intellectuels de l'enfant a fait l'objet du Quatrième Congrès International de Psychiatrie Infantile qui s'est tenu en Hollande en août 1962. Il nous est impossible, dans les limites de ce rapport, de détailler toutes les mesures qui peuvent être mises en oeuvre pour diminuer les causes connues de ces troubles et promouvoir l'hygiène mentale de toute la population enfantine.

A cause de la carence actuelle en soins pédopsychiatriques dans la province, le problème du dépistage, du diagnostic et du traitement des enfants déjà atteints dans leur intégrité psychologique doit nécessairement dominer nos préoccupations immédiates. De par sa situation dans notre milieu, le pédopsychiatre est toutefois bien placé pour stimuler la promotion sociale de l'hygiène mentale infantile. Cette influence devra se faire sentir de plus en plus au niveau de l'enseignement universitaire de la médecine (sous-gradués), de la formation pédiatrique et psychiatrique. Elle devra s'étendre ensuite aux médecins praticiens (qui réclament d'ailleurs une information plus complète en psychiatrie), aux spécialistes et particulièrement aux services hospitaliers pour enfants. Une compréhension plus adéquate des besoins affectifs de l'enfant et

des moyens à prendre pour les combler devrait être un des premiers buts à atteindre. Malgré une certaine amélioration dans ce domaine, crèches, services d'adoption, institutions de tous genres pour enfants normaux ou exceptionnels commencent à peine à fournir à l'enfant le minimum requis pour une maturation affective harmonieuse.

Il en est de même d'ailleurs pour une proportion importante de foyers naturels ou nourriciers. C'est par une intensification de l'éducation populaire que ces principes fondamentaux feront leur chemin dans l'esprit du public et pourront prendre place progressivement dans les préoccupations habituelles du couple.

L'hygiène mentale de l'enfant, la prévention des troubles affectifs et intellectuels sont intimement liées à l'amélioration des conditions socio-économiques. Même s'il n'est pas directement impliqué dans cet aspect sociologique du problème, le pédopsychiatre doit contribuer à l'étude de ses répercussions sur la croissance normale de l'enfant. Le contexte social constitue le moule à travers lequel la personnalité physique et psychique de l'enfant, quelle qu'elle soit à l'origine, doit passer pour atteindre la maturité; si l'on admet que c'est dans la mesure où l'enfant est "pensé" dans son milieu et son vécu personnel qu'il peut être compris et traité, on comprend quelle est la gravité de l'influence des problèmes sociaux suivants: pauvreté, promiscuité, taudis, carences affectives et culturelles, foyers dissociés, surpeuplement scolaire, travail des mères, etc.

La pédopsychiatrie peut et doit apporter le secours de ses principes et de ses acquisitions à la connaissance de ces facteurs de première importance en hygiène mentale infantile.

Théoriquement, un programme de prévention doit toucher tous les enfants à tous les moments critiques du développement. Il ne devrait pas s'appliquer qu'aux seuls enfants dont les parents consultent à cause d'un problème particulier. Il doit donc être inclus dans un programme général de santé mentale.

Les cliniques de consultation, en centrant leur thérapeutique sur l'enfant et sur sa famille, contribuent pour une large part au programme de prévention, surtout par leur influence dans le milieu social. Elles doivent aussi y jouer un rôle plus large de référence et d'éducation, dès que l'on fait appel à l'équipe pour des problèmes plus généraux. Le programme de prévention proprement dit est souvent négligé, faute de personnel suffisant et de fonds spécifiques. Les efforts concertés en vue d'un résultat préventif sont en effet indirects, peu démonstratifs dans l'immédiat et les succès difficiles à évaluer. Les mesures suggérées supposent parfois des changements radicaux dans certaines conceptions erronées, mais bien ancrées, la disparition de certains préjugés, et par le fait même ces mesures peuvent être très impopulaires et susciter beaucoup de résistance. De plus, les notions concernant la prévention sont encore incomplètes et malheureusement parfois contradictoires.

Certains principes doivent toutefois nous guider, qui ne souffrent aucune discussion:

- il faut atteindre l'enfant qui a besoin d'aide où qu'il soit: en pouponnière, en maternelle, à l'école, dans un hôpital, dans un foyer nourricier. etc;

- il faut favoriser les conditions qui améliorent le bien-être affectif de l'enfant et de l'adolescent;

- il faut tendre à éliminer les causes de dysfonction psychologique;

- certains centres d'influence directe sur l'enfant gagneraient à donner à leur personnel (souvent insuffisant) une meilleure formation dans les principes de l'hygiène mentale: jardins d'enfants, centres de reeducation et de détention, foyers en difficulte (par l'entremise des agences sociales qui les soutiennent), crèches, foyers d'adoption et foyers nourriciers, pour n'en nommer que quelques-uns. Un meilleur entraînement et une meilleure formation de ces responsables d'enfants au moyen de la consultation, des conseils et jusqu'à un certain point de la surveillance psychiatrique constituent un excellent moyen d'étendre la notion et le fait de la prévention.

La conférence de La Haye a défini la prévention "primaire" comme suit: promotion de la santé mentale et diminution du risque de trouble mental dans une population d'enfants par un blocage des forces pathogènes chez l'enfant et dans son milieu biologique, psychologique et social, avant l'apparition d'une pathologie définie.

Pour atteindre cet objectif, certaines recommandations peuvent être faites par la pédopsychiatrie;

- consultations psychiatriqus dans les cliniques pré-natales; préparation des parents à leur rôle; leur traitement s'ils présentent des troubles affectifs ou mentaux;

- vulgarisation de l'hygiène mentale et physique de la grossesse; enseignement des causes connues de déficience mentale et de troubles caractériels imputables à certaines difficultés de cette période de vie, et des moyens prophylactiques quand ils existent;

- intensifier la recherche et l'application de cette recherche sur les facteurs de morbidité péri - et néo-natale;

- diffuser les notions d'hygiène mentale du nourrisson et du jeune enfant (prévention de la carence affective, de l'anxiété de séparation, des dépressions anaclitiques, etc.);

- favoriser la consultation psychiatrique dans les Gouttes de Lait, maternelles et jardins d'enfants;

- promotion de l'hygiène mentale scolaire au niveau du primaire et du secondaire; favoriser l'établissement d'une fiche de profil psychologique qui suivra l'enfant pendant toutes ses études;

- dépistage précoce des anomalies du développement psychomoteur et caractériel;

- surveillance et soins continus aux enfants (et aux familles)"vulnérables";

- veiller à obtenir des soins institutionnels de la plus haute qualité et basés sur les connaissances psychiatriques et psychologiques les plus modernes.

Quant à la prévention secondaire (fournir la consultation psychiatrique dans les situations de crise et les périodes de stress chez l'enfant) et à la prévention tertiaire (consultation aux organismes de réhabilitation, de rééducation, etc, pour favoriser une approche psychiatrique), elles découleront nécessairement et progressivement de l'application systématique d'un programme global de psychiatrie infantile, tel que préconisé dans le rapport. La prévention, sous tous ses aspects, est implicitement contenue dans tous les services et organismes recommandés par cette planification des besoins psychiatriques complets pour enfants.

V. - BESOINS SPECIFIQUES DE CERTAINES CATEGORIES D'ENFANTS

A. Les insuffisants mentaux

La proportion des sujets de cette catégorie croissant géométriquement avec le quotient intellectuel, il importe de tracer des limites et de définir

les termes. Même si toute insuffisance mentale peut un jour en définitive être attribuée à des facteurs neurologiques (héréditaires, congénitaux) ou psychiatriques (carences), la disposition des cas frontières et des débiles légers (quotients supérieurs à 65) ne semblerait pas être du ressort immédiat des organismes de santé. Si d'autres agences publiques et gouvernementales assumaient pleinement leur responsabilité éducative, il en serait de même des débiles moyens qui ne souffrent pas de surhandicap physique, émotionnel ou social. Quant aux débiles profonds, le plus souvent atteints de pathologie neurologique grave, la surveillance médicale plus ou moins constante leur est nécessaire. Pour quelque temps encore, la pression des insuffisants mentaux sur nos institutions psychiatriques sera fonction du manque de ressources communautaires d'aide aux familles de ces enfants, d'écoles, ou de classes appropriées, et enfin d'une section protégée du marché du travail.

Le comité est unanime à croire que le dépistage massif des insuffisants mentaux, même s'il s'avérait possible, serait chose dangereuse. Tout d'abord il mènerait à la surcharge des ressources déjà insuffisantes. Mais aussi l'on accomplirait ainsi une ségrégation qui irait à l'encontre de la thérapeutique de "normalisation" préconisée dans ce genre de cas.

Si l'on considère qu'incluant les cas frontières le problème des insuffisants mentaux comprend jusqu'à 15% de la population totale, on réalisera l'urgence d'une planification réaliste et concertée de la part des différents ministères. Lors d'une récente conférence fédérale-provinciale sur l'arriération mentale (Ottawa - octobre 1964) il était suggéré que le Ministère de l'Education prenne charge des débiles légers et même des débiles moyens qui pourraient demeurer dans leur famille ou dans des hôtelleries que le Ministère de la Famille

et du Bien-Etre Social créerait dans le voisinage d'écoles spécialisées. Ceci laisserait au Ministère de la Santé la responsabilité des débiles profonds et des surhandicapés. La nécessité d'une action conjointe ne fait pas de doute, depuis le stade de la prévention et du dépistage, jusqu'à celui des soins spécialisés. C'est pourquoi nous faisons nôtre la recommandation principale de cette conférence, à savoir l'urgence de créer à l'échelon provincial aussi bien qu'à l'échelon fédéral un organisme de coordination groupant des représentants des divers ministères concernés ainsi que des mouvements bénévoles qui ont déjà beaucoup investi dans ce domaine.

Nous n'avons pas à insister sur les besoins de régionalisation dans les services aux insuffisants mentaux, mais nous aimerions suggérer que celle-là tienne compte à la fois de la proximité d'un centre de pédopsychiatrie, d'une régionale scolaire et d'un service social suffisamment structuré.

Il n'est pas du ressort de ce comité d'entrer dans les détails d'organisation des services que l'on souhaiterait voir offerts aux insuffisants mentaux, mais nous voulons suggérer quatre chapitres à considérer dans une étude plus approfondie. La répartition des tâches indiquées plus haut implique le besoin de personnel spécialement qualifié auprès de ces enfants. Par ailleurs certains types de malades (mongols, paralytiques cérébraux, sourds, muets, aveugles...) nécessiteront des programmes de soins très particuliers. Le passage inévitable de l'enfant à l'âge adulte met en relief le besoin de foyers et/ou d'ateliers protégés permanents. Enfin tout le champ de la recherche, en insuffisance mentale est grandement négligé à date par les médecins dans notre milieu.

Nous entrevoyons donc un effort à double sens: d'une part encourager la famille à garder le plus longtemps possible son enfant arriéré, et en même temps lui offrir le programme de soins le plus approprié aux besoins de l'enfant à la maison, à l'école et au travail.

B. Les adolescents

En psychiatrie comme de façon générale en médecine, l'adolescent s'est vu négligé jusqu'à récemment. L'école de médecine de Harvard offre maintenant un cours intensif annuel sur les problèmes pédiatriques de cet âge. Ce qui caractérise l'adolescent, c'est l'aspect transitoire des phénomènes qu'il présente, et en corollaire, l'urgence avec laquelle ceux-ci doivent être traités. La phase aiguë des réactions névrotiques ou même psychotiques chez l'adolescent peut être rapidement atténuée si le traitement est précoce. Ceci nous permet de concevoir un réseau de traitement où les services ambulatoires (counselling, psychothérapie courte, orientation) auront plus de place que les services hospitaliers, et comme l'adolescent est à la fois encore enfant et déjà adulte, nous encouragerions la création de telles cliniques aussi bien dans les services psychiatriques d'hôpitaux généraux que dans les services de pédopsychiatrie. De même pour les cas les plus réfractaires, nous souhaiterions voir créer de petites unités pour adolescents dans tous les hôpitaux psychiatriques. Enfin, les hôpitaux psychiatriques devraient leur réserver une unité pour le traitement interne à plus long terme. En d'autres mots, il s'agirait, plutôt que d'établir des centres spécialisés, de mettre en oeuvre un réseau de ressources assez flexible pour que selon la gravité ou l'évolution de sa maladie, l'adolescent malade psychiatrique puisse être dirigé rapidement vers un centre de traitement adéquat.

Un moyen d'assurer le dépistage et un traitement de première ligne chez

ce groupe d'enfants consisterait surtout en-dehors des centres métropolitains à porter la clinique dans leur milieu même: par exemple sur le campus de l'école régionale. Comme on ne peut compter qu'exceptionnellement sur l'influence utile et bienveillante des parents, et encore moins sur la motivation très variable des sujets de cet âge, la consultation scolaire peut permettre d'éviter avantageusement ces écueils.

C. Délinquance - Mésadaptés sociaux

Au carrefour de l'adolescence et d'un autre groupe de problèmes spéciaux de l'enfance, celui des mésadaptés sociaux, nous apparaît le phénomène de la délinquance. Faute d'effectifs, la pédopsychiatrie n'a pas donné à ce domaine, jusqu'à maintenant, toute l'attention nécessaire. Les organismes de rééducation sociale et pédagogique ont tenté d'y apporter une solution plus ou moins efficace.

On a souvent noté que selon l'orientation donnée au moment de la comparution, le même cas pourra sans trop de discrimination se retrouver en milieu de correction ou en clinique psychiatrique. De là la nécessité urgente d'équipes de consultation attachées aux Cours de Bien-Etre Social, dont le double but serait d'aider au dépistage des enfants disponibles au traitement psychiatrique, et de sensibiliser le milieu correctionnel aux problèmes émotionnels de leurs clients. Mais le travail de ces équipes demeurerait vain si l'on ne réussissait pas à doter la province d'une gamme assez complète de centres de traitements appropriés aux besoins des différents types de délinquants. Le pionnier AICHHORN (Wayward Youth) l'indiquait il y a déjà plusieurs décades. L'institution doit être adaptée aux besoins du client et non l'inverse. Et si l'on s'étonne que certaines régions comme l'état d'Illinois investissent considérablement (budget de cent trente millions pour l'adolescence) dans ce domaine, il suffit de se rappeler les répercussions de la délinquance sur le plan social et même économique (le système pénitenciaire).

Outre l'hôpital psychiatrique, qui peut se charger des mésadaptes sociaux dont le comportement est dû principalement à un déséquilibre émotif et dont les manifestations antisociales sont relativement contrôlables, nous voyons la nécessité de deux autres genres d'institutions pour délinquants. En bref, il s'agirait de centres de rééducation (avec consultation psychiatrique) dont l'un pour séjours de un à deux ans et à sécurité réduite, et l'autre pour séjours possiblement plus longs mais surtout à sécurité maximum. Mais, encore plus important que les institutions elles-mêmes, car elles existent déjà ou presque (unités pour adolescents à l'Institut Pinel), serait le transfert du malade d'une institution à une autre selon que son état le permet en vue d'une thérapeutique appropriée.

VI. - BESOINS REGIONAUX

A. Montréal

1) Multiplication des services de psychiatrie infantile et des cliniques externes.

La population de langue française de la région métropolitaine n'est desservie présentement que par le Service de Psychiatrie Infantile de l'Hôpital Sainte-Justine, l'Hôpital Mont-Providence qui commence à développer quelques uns de ses services, et une petite Clinique Externe de Psychiatrie Infantile à l'Institut Albert-Prévost. Pour offrir des services appropriés à une population d'environ un million et demi, il faudrait, d'après les normes établies par l'Organisation Mondiale de la Santé, 30 équipes de psychiatrie infantile. Ceci est un minimum qui ne tient pas compte des effectifs nécessaires à l'enseignement et la recherche. Il nous apparaît extrêmement important de décen-

traliser les services offerts par la psychiatrie infantile dans la région métropolitaine. Il a été impossible jusqu'à maintenant de réaliser cette décentralisation à cause des effectifs trop réduits de la psychiatrie infantile, mais, à mesure que le recrutement s'accélèrera, il faudra ouvrir de nouveaux services ou de nouvelles cliniques dans les secteurs les plus populeux de la métropole et de sa banlieue. D'ici cinq ans, la région métropolitaine devrait compter de 15 à 20 centres de psychiatrie infantile. Chaque hôpital possédant un service de pédiatrie de quelque importance devrait avoir un service de psychiatrie infantile. Dans certains secteurs, il sera préférable d'établir un service de psychiatrie infantile annexé à un service de psychiatrie générale. L'important est d'utiliser toutes les ressources disponibles et de situer aux endroits stratégiques les services nécessaires. Il faut bien concevoir que les traitements de la psychiatrie infantile nécessitant de nombreux déplacements de la part des malades sur une période de temps parfois assez longue, leur efficacité est fonction de la collaboration des malades et du milieu avec l'équipe thérapeutique. Cette collaboration est bien difficile à obtenir d'une façon réaliste quand on exige des enfants de longs déplacements qui, non seulement leur occasionnent fatigue et inconvénients, mais les obligent souvent à manquer la classe. Dans le paragraphe que nous avons consacré à la sectorisation, l'idée de l'efficacité de la thérapeutique en relation avec l'humanisation de cette pratique a été soulignée. Il est dangereux que la pratique psychiatrique devienne bureaucratique et trop administrative si elle doit s'étendre à de très grandes populations où le contact individuel avec le milieu devient impossible.

2) Un Institut de Psychiatrie Infantile

Un projet de création d'un Institut de Psychiatrie Infantile autonome, à Montréal, avait été soumis au Ministre de la Santé dès 1961. En 1962, la Commission d'Etude des Hôpitaux Psychiatriques recommandait:

"que soient érigés immédiatement deux hôpitaux psychiatriques pour adolescents et enfants: un pour Montréal et un pour Québec, chacun pouvant recevoir 200 patients, et étroitement affiliés aux universités afin de promouvoir l'enseignement et la recherche."

A Cause de l'évolution rapide de la psychiatrie infantile au cours des dernières années, évolution qui, plus que jamais, rend urgente la recherche, l'enseignement et la formation de personnel spécialisé, l'établissement d'un Institut de Psychiatrie Infantile à Montréal devient une nécessité immédiate.

En plus d'assurer à la population d'une région délimitée les services de base de la psychiatrie infantile, cet Institut, par sa qualité et l'importance de ses ressources, offrirait des services hautement spécialisés tant sur le plan du diagnostic et du traitement que sur celui de l'enseignement, de la formation de personnel et de la recherche. Dans cette perspective, son rôle se situerait non seulement au niveau régional mais aussi au niveau provincial. Cet Institut devrait comprendre les secteurs suivants:

1° - Une Clinique Externe offrant le diagnostic et les traitements usuels de la psychiatrie infantile

2° - Une Clinique Interne divisée en unités pouvant hospitaliser environ 60 malades à temps complet et 30 malades de jour. Les Unités pourraient être réparties de la façon suivante:

a) Unités d'observation:

a) Unités d'observation:

10 lits pour enfants des deux sexes de moins de 13 ans;
10 lits pour adolescents;
10 lits pour adolescentes.

b) Unités de traitement de durée moyenne:
10 lits pour enfants des deux sexes de moins de 13 ans; plus
10 places pour malades de jour;
10 lits pour adolescents plus 10 places pour malades de jour;
10 lits pour adolescentes plus 10 places pour malades de jour.

3° - Une Clinique de Jour pour enfants d'âge préscolaire.

4° - Une Clinique pour cas complexes d'arriération mentale.

5° - Une Clinique des troubles d'apprentissage scolaire.

6° - Un Centre de Documentation sur l'Enfance.

7° --Un Service d'enseignement et de formation de personnel spécialisé.

8° - Un Service d'Education Populaire.

Cet Institut devrait relever d'une corporation privée autonome sans but lucratif et posséder une charte hospitalière.

A cause de son caractère particulier, cet Institut devrait être situé à proximité de l'Université de Montréal et de l'Hôpital Sainte-Justine. Cette situation privilégiée permettrait un travail d'étroite collaboration avec l'Hôpital Ste-Justine et assurerait le maintien de la psychiatrie infantile dans les cadres de la médecine tout en permettant de développer des services particuliers nécessaires aux enfants atteints de pathologie affective et intellectuelle. Sur le plan économique, l'Institut épargnerait considérablement en n'ayant pas besoin de développer les services de laboratoire déjà existants à Ste-Justine. La consultation entre les deux institutions serait aussi très facilitée.

La création d'un tel Institut n'entraverait en rien la décentralisation recommandée plus haut. Elle permettrait de former un nombre plus grand des spécialistes nécessaires à l'équipe de la Santé Mentale Infantile. De plus, la recherche pourrait s'y épanouir et conduire à des découvertes très importantes pour notre milieu, tant au niveau du diagnostic qu'au niveau des thérapeutiques.

3) Centre de traitement intensif pour jeunes mésadaptés sociaux.

Cette ressource dont le rôle a été décrit plus haut, au chapitre des services essentiels devrait faire partie intégrante du réseau des services de la psychiatrie infantile. Ce genre de service, qui se situerait à mi-chemin entre les diverses cliniques internes de l'Institut proposé et certaines des unités existant actuellement au Mont-Providence, est une nécessité pour la région métropolitaine. Le Ministère de la Famille possède une institution, Clairséjour, qui se rapproche beaucoup de cette conception. Il y aurait lieu d'étudier, au niveau du comité interministériel, la place que pourrait jouer un Clairséjour amélioré dans le réseau proposé.

Tel d'envisagé, ce Centre Résidentiel de traitement intensif pour jeunes mésadaptés sociaux traiterait, en internat, des enfants sur une période d'environ un an. Il faudrait envisager sérieusement l'instauration d'un autre centre pour enfants nécessitant un traitement en internat, mais sur une période beaucoup plus prolongée.

4) Foyers spéciaux.

Cette formule, très employée dans certains pays, pourrait rendre d'immenses services dans la région métropolitaine. Pour que cette formule s'avère utile et efficace, il faut qu'elle soit planifiée et que ces foyers fassent partie d'ensembles d'oeuvres organisées au plan régional ou à partir de

certains services plus importants, tels, par exemple, l'Institut proposé.

B. Québec

1) Le Centre Médico-Social pour Enfants.

Le Centre Médico-Social pour Enfants est la clinique psychiatrique pour enfants la plus importante de l'Est du Québec. A cause de l'inexistence de cliniques analogues, elle doit desservir une population d'environ 1,500,000 âmes, ce qui explique une liste d'attente pour diagnostic et traitement d'environ 10 à 12 mois. A titre d'exemple, le total des cas actifs en 1963 était de 1,300: cas nouveaux et cas en traitement.

Le personnel se compose de 20 professionnels (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières psychiatriques, pédiatre, psychopédagogue) et de 5 secrétaires. Tous les genres d'enfants et d'adolescents exceptionnels sont acceptés au centre jusqu'à l'âge de 18 ans. En plus du diagnostic et du traitement des troubles affectifs, névrotiques et caractériels, le centre a mis en marche cette année une section des troubles du développement et de l'apprentissage, une section psychopédagogique et une section d'activité thérapeutique de groupe couplée à un travail social de groupe des parents.

Les besoins immédiats du centre portent sur le personnel professionnel: psychiatres pour enfants, psychologues cliniciens et psychologues-orienteurs. A brève échéance, il faudra aussi prévoir une jardinière d'enfants spécialisée dans le travail avec les enfants psychotiques et pré-psychotiques, un autre psychopédagogue et une bibliothécaire.

Pour compléter ses services, il faudrait organiser au Centre: une maternelle thérapeutique et un centre de jour, une clinique du développement préscolaire et la psychothérapie de groupe d'adolescents.

Le développement de la bibliothèque et du service de documentation et la systématisation de la recherche font actuellement l'objet d'une restructuration.

Le Centre devrait pouvoir bénéficier d'un centre résidentiel de traitement intensif pour jeunes mésadaptés.

Les locaux actuels du Centre sont déjà insuffisants, et une demande a déjà été faite dans ce sens aux autorités administratives et gouvernementales. Malgré l'éventualité de la création prochaine d'un service de psychiatrie infantile dans un hôpital pédiatrique, nous croyons que le Centre Médico-Social pour Enfants devrait continuer à se développer comme tel, à cause de besoins énormes de toute cette partie de la province.

2) Clinique d'Hygiène Mentale et de Psychiatrie Infantile de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Pour les mêmes raisons, la Clinique de l'Hôtel-Dieu devrait pouvoir s'organiser complètement en une clinique de consultation externe de psychiatrie infantile et de consultation dans l'hôpital. Environ 300 cas par année sont diagnostiqués et traités à la Clinique, malgré l'insuffisance de personnel professionnel. La liste d'attente est de plusieurs mois.

3) La Clinique d'Aide à l'Enfance s'occupe surtout d'enfants et d'adolescents pré-délinquants et délinquants. La nécessité d'un ou de plusieurs pédopsychiatres se fait sentir depuis longtemps.

4) Le besoin le plus urgent de la Ville de Québec est d'avoir un service hospitalier de psychiatrie infantile. Actuellement, les enfants qui requièrent ce service doivent être hospitalisés dans des services psychiatriques d'adultes

dans les services de pédiatrie où ils sont mal tolérés et ne reçoivent pas les soins requis ou référés aux services de pédopsychiatrie de Montréal

5) Plusieurs hôpitaux généraux de la ville, déjà pourvus d'un service de psychiatrie d'adultes, demandent les services d'un pédopsychiatre et pourraient constituer le noyau de services de secteurs en pédopsychiatrie.

6) Compte tenu des centres ou écoles spécialisés déjà existants (qui devraient être améliorés et structurés suivant des normes plus modernes), les besoins les plus urgents de la région de Québec, en plus de ceux mentionnés précédemment, sont les suivants:

- établissement d'un centre de traitements intensifs pour jeunes mésadaptés;
- institut médico-pédagogique pour fillettes déficientes, ne pouvant être intégrées dans les classes spéciales des écoles ou venant de régions éloignées;
- classes ou école spéciale pour handicapés physiques avec déficience mentale.

C. - Autres régions

Le tableau numéro III ci-joint indique les Centres de Psychiatrie à créer dans la province en dehors de la région métropolitaine et de Québec. Certaines villes telles que Sherbrooke, Trois-Rivières, Valleyfield, Hull et Saint-Jérôme possèdent déjà des structures qu'il ne s'agit que de compléter. Ces villes ont une population assez importante pour qu'on songe au plus tôt à les doter de services pédopsychiatriques.

L'Hôpital Sainte-Anne de Baie Saint-Paul possède aussi le personnel de base capable de desservir la région qui l'entoure.

Quant aux autres villes énumérées dans le tableau, plusieurs ont ou auront sous peu des services hospitaliers ou d'autres institutions qui pourraient servir de noyaux à des services de psychiatrie infantile. Les explications jointes au tableau contiennent la liste de ces ressources ainsi que les populations que ces centres pourront desservir.

Les ressources locales sont variées en plusieurs endroits. Autant que possible, le centre pédopsychiatrique devrait posséder son attache principale dans un hôpital général, surtout quand celui-ci possède un service de pédiatrie et un service psychiatrique pour adultes. Dans certaines villes, des centres médico ou psycho-sociaux existent déjà et il ne s'agirait que de compléter leurs cadres par l'addition de psychiatres d'enfants et de psychologues.

VII . - LE PERSONNEL

L'utilité de l'équipe psychiatrique traditionnelle (psychiatre, psychologue, travailleur social) en pédopsychiatrie n'est plus à démontrer. Plus haut dans ce rapport, nous avons suggéré certaines modifications applicables à des circonstances spéciales telles qu'en présentent les régions éloignées à plus faible densité de population. L'accès au traitement de malades qui, jusqu'à récemment étaient reléguès dans des asiles pour y être maintenus dans une vie plus ou moins végétative, suggère l'extension de l'équipe et la création de nouvelles classes de thérapeutes.

De façon générale, nous pouvons distinguer deux grandes classes de personnel: le personnel de soins, comprenant les infirmières, certains éducateurs spécialisés et psychopédagogues, ceux que nous désignerons plus bas du terme "éducateurs de groupe", les éducateurs physiques et des jardinières d'enfants, enfin tous ceux qui travaillent immédiatement et de façon continue auprès des malades. D'autre part le personnel spécialisé, dont l'action est plus spécifique et intermittente: ici l'éventail est assez étendu allant du pédopsychiatre à l'ergothérapeute et à l'orthophoniste, par exemple.

Au premier rang vient l'infirmière psychiatrique (à laquelle on souhaiterait voir se joindre l'équivalent masculin). Formée aux disciplines médicales et sensibilisée aux besoins psychologiques et aux problèmes émotionnels de l'enfant, elle peut s'occuper de tous les soins que requiert l'enfant perturbé.

Les éducateurs devront être spécialisés non seulement dans les techniques d'apprentissage pour les sous-doués mais plus encore expérimentés dans le domaine de la motivation et du conditionnement. Ceux qui travailleront auprès des malades psychiatriques devront presque répondre aux critères déjà décrits au paragraphe des infirmières psychiatriques. Certains éducateurs spécialisés, psychopédagogues et autres, seront particulièrement formés dans les techniques de réadaptation sociale et intellectuelle des enfants. (Tout le domaine des troubles d'apprentissage scolaire, où interviennent des facteurs organiques aussi bien que des facteurs émotionnels, nécessite des techniques nouvelles). Une catégorie spéciale d'éducateurs sera appelée à faire fonction de parents auprès des enfants nécessitant une rééducation spécialisée en institution: ces "éducateurs de groupe" se verraient en effet chargés de petits groupes à qui ils fe-

raient faire l'apprentissage gradué de la vie, parallèlement à l'entraînement plus spécifique d'atelier ou de classes académiques.

On adjoindra aux éducateurs de groupe des éducateurs physiques pour l'aspect cathartique et socialisant du sport.

Les ergothérapeutes dans l'équipe psychiatrique deviendront plutôt des rééducateurs de la psychomotricité. Des spécialistes de la rééducation du langage, et d'autres s'occupant d'aspect plus spécifiques de l'enfant sont déjà fréquemment appelés à contribuer au travail de l'équipe de pédopsychiatrie.

D'autres membres viendront naturellement s'intégrer à l'équipe à mesure que le travail de la pédopsychiatrie pourra étendre ses frontières. Nous voulons insister sur la quantité de personnel diversement qualifié que ceci représente. Il est urgent que chaque organisme déjà établi dans le champ de la psychiatrie infantile se voie accrédité à former ces spécialistes dont il a besoin, et soit doté des moyens financiers (salaires, bourses) qui visent à valoriser ces carrières. Les critères de formation de ces différents types de personnel débordent le présent rapport, et, surtout dans la perspective des changements de structures suggérés par le rapport Parent, devraient faire l'objet de discussions au niveau du Comité Interministériel de l'Enfance.

VIII. - RECHERCHE

Nous voyons la nécessité de trois types distincts de recherche, chacun demeurant plus ou moins stérile sans l'apport des deux autres. Des données de plus en plus exactes doivent être accumulées:

a) dans le domaine de l'épidémiologie et de la statistique, si l'on veut pouvoir instaurer des plans de prévention adéquats;

b) dans le domaine clinique de l'évaluation et de la thérapeutique, si l'on espère enrayer sinon réduire l'incidence des maladies mentales infantiles et adultes;

c) dans le domaine des sciences de base qui ont apporté depuis quelques années de nouvelles dimensions à la psychiatrie générale, mais commencent à peine, faute d'occasion et de ressources, à s'intéresser aux problèmes plus spécifiques de la pédopsychiatrie.

Bien que nous soyons conscients, comme nous l'avons signalé ailleurs dans ce rapport, du danger du dépistage massif qui surchargerait les ressources de traitement encore insuffisantes, nous sommes d'avis qu'il ne faut pas retarder davantage la mise en oeuvre d'un centre de mécanographie qui puisse accumuler des données de plus en plus précises sur l'incidence et la nosologie, en regard de l'âge et de la distribution démographique. Ces chiffres, eussent-ils été disponibles, auraient permis aux auteurs de ce rapport des recommandations plus précises et plus pratiques.

Le diagnostic, en pédopsychiatrie, manque de normes. Plusieurs classifications sont présentement à l'étude. Ceci tient sans doute, comme dans le champ de la psychiatrie générale, à la polyvalence thérapeutique qui permet d'entreprendre la cure même si le diagnostic n'a pas été posé avec précision.

D'autre part, la thérapeutique elle-même doit se soumettre à une réévaluation. Si la plupart des réactions de mésadaptation et les réactions psychonévrotiques chez l'enfant ont en général un pronostic favorable, les psychoses et la

délinquance sont particulièrement réfractaires aux méthodes courantes de traitement. Il faudrait donc encourager la recherche dans ces domaines et faciliter la création de nouveaux milieux plus propices à une action curative auprès de ces malades. (Le futur institut Pinel est un exemple de cette proposition.)

Les sciences de base, pour ne citer que la biochimie et la pharmacologie, ont donné à la psychiatrie une nouvelle dimension depuis quelques années. Il est remarquable que la plupart de ces découvertes ne se sont pas étendues jusqu'en pédopsychiatrie. L'excès de discrétion qui consiste à ne pas expérimenter sur des enfants, ou les réactions paradoxales qu'on a rencontrées lors de certains essais nous semblent des arguments faciles et peu probants. La vérité est plutôt que, contrairement aux ressources que ces disciplines trouvent dans les services pour malades adultes, les centres de psychiatrie infantile sont presque exclusivement orientés vers le traitement, et encore vers le traitement psychothérapique. Et là où l'observation continue et prolongée serait nécessaire, l'on ne compte qu'un seul "hôpital psychiatrique pour enfants" digne du nom dans la province. Il importe donc de favoriser l'accès d'autres disciplines scientifiques auprès des enfants souffrant de maladies psychiatriques, de leur fournir le matériel d'investigation et les laboratoires nécessaires à leurs travaux. Pour des raisons d'économie, il serait préférable que ces "centres de sciences de base" soient concentrés autour d'une institution (l'hôpital psychiatrique) où les malades sont assez nombreux et présentent des problèmes assez variés, quitte à servir de cet endroit une région déterminée.

RECOMMANDATIONS

1. - Que soit créé immédiatement au sein des Services Psychiatriques un comité consultatif de la Psychiatrie Infantile et, aussitôt que la chose sera possible, un secteur de Psychiatrie Infantile

2. - Que l'organisation de base des services de la psychiatrie infantile s'effectue au niveau régional sous la direction de coordonnateurs régionaux. Ces coordonnateurs, désignés par les Services Psychiatriques, constitueraient le comité consultatif de la psychiatrie infantile au sein des Services Psychiatriques.

3. - Que dans les villes de Montréal et de Québec, on décentralise les services de la psychiatrie infantile selon les principes de la sectorisation.

4. - Que chaque région, en autant que la chose est indiquée, soit dotée d'une variété de ressources pédopsychiatriques en considérant que les malades de toutes les parties de la province ont droit de trouver dans leur région les ressources nécessaires à leur traitement. Qu'on considère qu'il vaut mieux établir un plus grand nombre d'unités thérapeutiques plus petites plutôt que de centraliser les moyens thérapeutiques dans quelques grandes institutions.

5. - Qu'on reconnaisse aux jeunes malades psychiatriques et à ceux qui les traitent le droit à des conditions qui facilitent les traitements: architecture et équipement matériel appropriés, organisation particulière du travail, etc.

6. - Que selon le programme ci-joint (tableau I) les centres de psychiatrie infantile soient multipliés dans la région métropolitaine pour atteindre le nombre d'environ vingt d'ici cinq ans.

7. - Qu'un Institut de Psychiatrie Infantile soit créé immédiatement à Montréal. Cet Institut offrirait une gamme étendue de services aux malades tout en s'affirmant comme centre d'enseignement, de formation de personnel et de recherche.

8. - Qu'un centre de traitement intensif pour environ 75 jeunes mésadaptés sociaux et un internat médico-pédagogique pour traitements prolongés soient mis sur pied dans le plus bref délai possible dans la région métropolitaine.

9. - Qu'un réseau de foyers spéciaux soit développé au service des centres de psychiatrie infantile de la région métropolitaine.

10. - Que selon le programme ci-joint (tableau II) les ressources en psychiatrie infantile de la ville de Québec et de ses environs soient développées et multipliées.

11. - Qu'on envisage comme priorité primordiale la création d'un service de pédopsychiatrie complet dans le futur hôpital pédiatrique universitaire de l'Université Laval.

12. - Que les ressources du Centre Médico-Social pour Enfants de Québec soient étendues en aménageant le Centre dans des locaux adéquats et en y rattachant un internat de traitement pour jeunes mésadaptés.

13. - Qu'à partir des centres pédopsychiatriques bien établis soient mis sur pied des services de consultations aux régions éloignées suivant les principes énoncés dans le mémoire à ce sujet.

14. - Que selon le programme ci-joint (tableau III) les régions de la province en dehors de Montréal et de Québec soient dotées d'ici cinq ans des services de la psychiatrie infantile.

15. - Qu'on favorise la consultation pédopsychiatrique aux organismes professionnels, services communautaires, etc., dont le rôle principal est auprès des enfants.

16. - Que soit étudié au niveau interministériel la participation de la pédopsychiatrie aux développements actuels instaurés par le Ministère de l'Education (re: écoles régionales, etc.).

17. - Que des mesures soient prises pour favoriser l'intégration du travail des unités sanitaires, des médecins et des services sociaux surtout dans les régions encore dépourvues de services pédopsychiatriques. (Tableau IV)

18. - Que soit favorisé l'établissement de cours de perfectionnement et de stages en pédopsychiatrie et hygiène mentale de l'enfance pour les praticiens généraux, infirmières et autres praticiens oeuvrant auprès des enfants et que deux cours postscolaires de formation en nursing psychiatrique infantile soient mis sur pied, l'un à Montréal et l'autre à Québec.

19. - Qu'on encourage la promotion de l'hygiène mentale infantile dans les programmes d'éducation populaire (particulièrement ceux qui émanent du Ministère de la Santé) dans les écoles, collèges et universités.

20. - Que le gouvernement favorise l'établissement d'une fiche de profil médico-psychologique qui suivrait l'enfant de sa naissance à la fin de ses études.

21. - Que soit créé, au niveau des agences ministérielles, un comité de coordination en insuffisance mentale, groupant des représentants des gouvernements, des professionnels et des délégués des mouvements volontaires de parents. La répartition des insuffisants mentaux dans la province pourrait être étudiée par un tel comité.

22. - Que soit créé, le plus tôt possible, un réseau de classes ou d'écoles spécialisées pour insuffisants mentaux, pouvant assurer la continuité des soins jusqu'à l'âge adulte.

23. - Que soit organisé, au sein d'institutions déjà existantes, et par le moyen de nouvelles institutions, un réseau pour le traitement des adolescents et des caractériels ou délinquants. Entre autres, des consultations dans les

Cours de Bien-Etre Social et dans les écoles régionales seraient à instituer très prochainement.

24. - Que sur recommandation des milieux professionnels, le comité interministériel de l'enfance se préoccupe de voir le plus tôt possible à la formation de différentes catégories de personnel spécialisé, en établissant les normes de leur formation et en assurant les ressources financières nécessaires à leur recrutement.

25. - Que les Services Psychiatriques du Ministère de la Santé se préoccupent d'organiser un centre de statistiques qui accumule toutes les données nécessaires dans le champ de la psychiatrie infantile de notre province.

26. - Que les Services Psychiatriques du Ministère de la Santé favorisent l'expansion des sciences de base en psychiatrie infantile, en particulier dans les milieux hospitaliers, au moins autant que dans les hôpitaux pour adultes.

27. - Que les Services Psychiatriques encouragent de façon particulière les travaux de recherche dans le champ de la thérapeutique des psychoses et de la délinquance et dans celui de la classification des maladies psychiatriques chez les enfants.

Tableau I

REGION METROPOLITAINE DE MONTREAL

Centres de Psychiatrie Infantile actuels et à créer (1965 - 1970)

A. - Institutions régionales

Institutions actuelles:

Hôpital Mont-Providence
Hôpital Sainte-Justine
Montreal Children's Hospital
Verdun Protestant Hospital (1)

1967:

Institut de Psychiatrie Infantile de Montréal (2)
Centre de Traitement Intensif pour jeunes mésadaptés

1968:

Internat Médico-Pédagogique

(1) Section pour adolescentes et pour arriérés

(2) Remplacera en partie le Service de Psychiatrie Infantile de l'Hôpital Sainte-Justine

Tableau I.

B. - Services de Secteurs

Services actuels:

Hôpital Sainte-Justine
Montreal Children's Hospital
Jewish General Hospital
Hôpital Mont-Providence
Royal Victoria Hospital
Institut Albert-Prévost
Lakeshore General Hospital

Cliniques Externes seulement

Centre d'Orientation
Clinique d'Hygiène Mentale de la ville de Montréal
Mental Hygiene Institute

1965: Hôpital Notre-Dame
Hôpital Maisonneuve

1966: Hôpital Général du Christ-Roi de Verdun
Hôpital Général de la Rive Sud
Hôpital du Sacré-Coeur

1967: Hôpital Saint-Joseph de Lachine
Hôpital Saint-Jean de Dieu
St-Mary's Hospital
Clinique Externe no 1 de la ville de Laval

1968: Hôpital Sainte-Jeanne d'Arc
Clinique Externe de Repentigny - Bout de l'Ile

1969: Hôpital Jean-Talon
Clinique Externe no 2 de la ville de Laval

Tableau II

REGION METROPOLITAINE DE QUEBEC

CENTRES DE PSYCHIATRIE INFANTILE ACTUELS ET A CREER (1965-70)

A. Services Régionaux

Actuels:

- Le Centre Médico-Social pour Enfants
- Service d'Hygiène Mentale et de Neuro-Psychiatrie Infantile de l'Hôtel-Dieu

1965-66

- Expansion du Service d'Hygiène Mentale et de Neuro-Psychiatrie Infantile de l'Hôtel-Dieu

1966-67

- Instauration d'un Service en Pédo-Psychiatrie complet dans l'Hôpital Pédiatrique Universitaire
- Centre Résidentiel de traitement pour jeunes mésadaptés

1967-68

- Internat médico-pédagogique (filles)
- Autres Centres Résidentiels, suivant besoin

B. Services de Secteurs

1966-70

Consultations en Pédo-Psychiatrie:

- l'Hôpital du St-Sacrement
- l'Hôpital de l'Enfant-Jésus
- l'Hôpital St-François d'Assise
- l'Hôpital Jeffery Hale
- Clinique Roy-Rousseau et hôpital St-Michel-Archange

Tableau III

PROVINCE DE QUEBEC (x)

Centres de Psychiatrie Infantile à compléter et à créer (1965 - 1970)

1965 - 1967	Sherbrooke	1967 - 1969	Drummondville
	Trois-Rivières		Granby
	Valleyfield		Sorel
	Hull		Lévis
	Baie Saint-Paul		Saint-Jean
	Saint-Jérôme		Gaspé
			Mont-Laurier - L'Annonciation
			Saint-Ferdinand de Halifax
1966 - 1968	Joliette	1968 - 1970	Beauce
	Chicoutimi		Sept-Iles
	Rimouski		Sainte-Anne des Monts
	Val d'Or		Rivière-du-Loup
	Arthabaska - Victoriaville		Baie-Comeau
	Saint-Hyacinthe		Roberval
			Shawinigan
			Dorion - Vaudreuil

(x) A l'exclusion de la région métropolitaine et de la ville de Québec.

Détails sur tableau III

	Ressources utilisables	Régions à desservir	Population approximative
Sherbrooke:	Clinique Médico-Psychologique Hôpital Hôtel-Dieu Hôpital St-Vincent de Paul Hôpital Sherbrooke Centre Médical de l'Université Centre de Service Social Unités Sanitaires Ecole Régionale de L'Estrie	Cté de Sherbrooke " Compton " Stanstead partie des comtés de Brôme Shefford Richmond	200,000
Trois-Rivières:	Institut Psycho-Social Hôpital Ste-Marie Hôpital St-Joseph Centre de Service Social Unités Sanitaires Ecole Régionale de Vieille Forges	Cté de Trois-Rivières " St-Maurice " Maskinongé " Champlain partie de Nicolet	200,000
Valleyfield:	Centre Psycho-Social Hôpital Hôtel-Dieu Service Social de Valleyfield Ecole Régionale Salaberry	Cté de Beauharnois " Châteauguay " Huntingdon	110,000
Hull:	Centre Psycho-Social Hôpital du Sacré-Coeur Service Social de Hull Unités Sanitaires Ecole Régionale de l'Outaouais	Cté de Hull partie des comtés de Papineau Gatineau Pontiac	175,000
Baie St-Paul:	Hôpital Sainte-Anne Unités Sanitaires Ecole Régionale Charlevoix	Cté de Charlevoix partie de Montmorency	40,000

Détails du tableau III

	Ressources utilisables	Régions à desservir	Population approximative
Saint-Jérôme:	Centre Psycho-Social Hôpital Hôtel-Dieu Service Social de Saint-Jérôme Unités Sanitaires Ecole Régionale Dollard-des-Ormeaux	Cté de Terrebonne " Deux-Montagnes partie des comtés de Argenteuil L'Assomption	200,000
Joliette:	Hôpital St-Charles Hôpital St-Eusèbe Service Social de Joliette Unités Sanitaires Ecole Régionale de Lanaudière	Cté de Joliette " Berthier partie des comtés de l'Assomption Montcalm	130,000
Chicoutimi:	Hôtel-Dieu de St-Vallier Service Social de Chicoutimi Unités Sanitaires Ecole Régionale Saguenay	Cté de Chicoutimi " Jonquière-Kénogami	170,000
Rimouski:	Centre Psycho-Social Hôpital Saint-Joseph Service Social de Rimouski Unités Sanitaires Ecole Régionale Bas St-Laurent	Cté de Rimouski partie des comtés de Matane Matapédia	75,000
Val d'Or:	Hôpital Général Hôtel-Dieu Service Social Ecole Régionale La Vérendrye	Cté de Abitibi-est " Abitibi-ouest " Rouyn-Noranda " Témiscamingue	170,000
Arthabaska-Victoriaville:	Hôtel-Dieu d'Arthabaska Service Social Unités Sanitaires Ecole Régionale Bois-Francs	Cté de Arthabaska partie des comtés de Nicolet Mégantic Wolfe	65,000

	Ressources utilisables	Régions à desservir	Population approximative
Saint-Hyacinthe:	Hôtel-Dieu Hôpital Général Service Social Unités Sanitaires Régionale Yamaska	Cté de St-Hyacinthe " Bagot partie du comté de Rouville	60,000
Drummondville:	Hôpital Ste-Croix Service Social Unités Sanitaires Ecole Régionale St-François	Cté de Drummond partie des comtés de Nicolet Richmond	70,000
Granby:	Hôpital St-Joseph Service Social Ecole Régionale Meilleur	Cté de Shefford partie du comté de Brôme	60,000
Sorel:	Hôtel-Dieu Hôpital Richelieu Service Social Unités Sanitaires Ecole Régionale Carignan	Cté de Richelieu partie des comtés de Verchères Yamaska	60,000
Lévis:	Hôtel-Dieu Service Familial de la Rive Sud Unités Sanitaires Ecole Régionale Louis Fréchette	Cté de Lévis " Lotbinière " Bellechasse " Montmagny " L'Islet partie de Dorchester	160,000
St-Jean:	Hôpital St-Jean Service Social Unités Sanitaires Ecole Régionale Honoré Mercier	Cté de St-Jean " Iberville " Missisquoi partie de Napierville-Laprairie	95,000

	Ressources utilisables	Régions à desservir	Population approximative
Gaspé:	Hôtel-Dieu de Gaspé Service Social Unités Sanitaires Ecole Régionale Péninsule	Comté Gaspé-Sud (est) " Bonaventure " Iles de la Madeleine partie du comté de Gaspé-Nord	100,000
Mont-Laurier L'Annonciation:	Hôpital des Laurentides " Notre-Dame Sainte-Croix Service Social Mont-Laurier Unités Sanitaires Ecole Régionale Henri-Bourassa	Comté Labelle partie des comtés de Gatineau Pontiac Montcalm Terrebonne	50,000
St-Ferdinand d'Halifax et Beauceville:	Hôpital St-Julien Hôpital St-Joseph Ecole régionale Chaudière	Comté Mégantic " Beauce " Frontenac partie du comté de Dorchester	150,000
Sept-Iles:	Hôpital - - - - Service Social Unités Sanitaires Ecole Régionale du Golfe	Comté Duplessis partie du comté de Saguenay	20,000
Ste-Anne des Monts:	Hôpital Ste-Anne des Monts Service Social Unités Sanitaires	Comté Gaspé-Nord (ouest) partie du comté de Matane	25,000

	Ressources utilisables	Régions à desservir	Population approximativ
Rivière-du-Loup:	Hôpital St-Joseph Service Social Unités Sanitaires Régionale Grand Portage	Cté de Rivière-du-Loup " Témiscouata " Kamouraska	100,000
Baie-Comeau et Hauterive:	Hôtel-Dieu de Hauterive Service Social du Saguenay Unités Sanitaires Régionale Côte Nord	Comté de Saguenay	80,000
Roberval:	Hôpital Ste-Elisabeth Hôtel-Dieu St-Michel Service Social Unités Sanitaires Régionale Louis-Hémon	Cté de Roberval " Lac St-Jean	110,000
Shawinigan:	Hôpital Ste-Thérèse Joyce Memorial Hospital Service Social Unités Sanitaires Régionale La Mauricie	Cté de Laviolette partie du comté de St-Maurice	60,000
Dorion-Vaudreuil:	Service Social Unité Sanitaire Régionale Vaudreuil-Soulanges	Cté de Vaudreuil-Soulanges	45,000

COORDINATION DES RESSOURCES REGIONALES (régions rurales, semi-urbaines)

ORGANISME, " BUREAU " de COORDINATION

Unités Sanitaires - Services Sociaux - Hôpitaux Régionaux, Médecins

(x) DEPISTAGE - PREPARATION DES CAS - DOSSIERS

pour

discussion - diagnostic - plan de traitement

par

Equipe (mobile) de Consultation
(pédo-psychiatre, psychologue, etc., d'un centre Urbain)

(x) Suivant les régions, un des trois organismes principaux servirait de "noyau" principal (locaux, dossiers, secrétariat) pour la structuration du travail dans la zône concernée.

PRINCIPALES SOURCES DE REFERENCE

American Psychiatric Association
Planning Psychiatric Services for Children in Community Mental Health Program
Washington, D.C. - 1964.

BEDARD, D., LAZURE, D., ROBERTS, C.
Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques

BOWLBY, J.
Soins maternels et santé mentale
O.M.S. - Genève - 1954

BUCKLE, D., LEBOVICI, S.
Les Centres de Guidance Infantile
O.M.S., Genève - 1958

CAPLAN, G.
Emotional Problems of Early Childhood
Basic Books, N.Y. - 1955

CAPLAN, G.
Prevention of Mental Disorders in Children
Basic Books, N.Y. - 1961

Centre Médico-Social pour Enfants
Rapports de l'Equipe Mobile

COBURN, Dr F.
Communication personnelle

DUNSMORTH, Dr. F.A.
Communication personnelle

EISENBERG, Leon
The Strategic Deployment of the Child Psychiatrist in Preventive Psychiatry
J. of Child Psychology and Psychiatry
Vol II - 1961 - pp. 229-241

Joint Commission on Mental Illness and Health
Action for Mental Health
Basic Books - New York - 1961

KOTINSKY, R., WITMER, Helen
Community Programs for Mental Health
Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1955

KREVELEN, Dr Arn van
Communication personnelle

KRUSH, T.P.
Newer Concepts and Challenges in Mental Health
Présenté à l'Am. Med. Ass. 16th Annual National Rural Health Conference
Sept. 1963 - Hot Springs, Ark.

KRUSH, T.P.
Staff Experimentation in a Community Services Division
National Institute of Mental Health, U.S.A. (Recherche)

LAMARRE, Dr C.J.
Communication personnelle

Mental Health Services
Department of Health Services and Hospital Insurance
Prov. of British Columbia - 1960

McNAIR, Dr F.E.
Communication personnelle

McNAIR, Dr F.E.
The Community Mental Health Center (à être publié)

Ministry of Education
Report of the Committee on Maladjusted Children
Her Majesty's Stationery Office, London 1955

National Clearinghouse for Mental Health Information
Bibliographies et Monographies
U.S. Department of Health, Education and Welfare.

Protection Maternelle et Infantile en U.R.S.S.
O.M.S. - Genève, 1962

Recherche sur l'efficacité d'un service de dépistage systématique des enfants présentant des difficultés
CHEMIN, Hubert
Service Social - Vol. 8, no 1-2, 1958

ROSE, Arnold M.
Mental Health and Mental Disorder
W.W. Norton & Cl. New York - 1955

SCHAG, Dr A.R.
Communication personnelle

STEPHENS, Dr. G.
Communication personnelle

TYHURST, et al.
More for the Mind
The Canadian Mental Health Association
Toronto - 1963

U.S. Department of Health, Education and Welfare
Community Mental Health Advance
April 1964

U.S. Department of Health, Education and Welfare
Comprehensive Community Mental Health Center

YOUNGE, Dr. K.
Communication personnelle

APPENDICE

LES EQUIPES MOBILES DE CONSULTATION PEDO-PSYCHIATRIQUE

(expériences canadiennes et étrangères)

Les Equipes Mobiles de Consultation Pédo-Psychiatrique

Nous avons résumé ici les conclusions auxquelles sont arrivés les organismes qui ont tenté, dans d'autres pays et dans le nôtre, l'établissement d'équipes mobiles de consultation, afin d'éviter certaines erreurs qui ont souvent rendu ces équipes inefficaces.

Nous avons correspondu avec les autorités responsables dans les autres provinces canadiennes, ainsi qu'avec les organismes compétents américains et européens. Dans la majorité des pays, les conditions géographiques et la densité de la population sont différentes des nôtres, ou bien l'organisation de l'hygiène mentale ne correspond pas aux normes atteintes dans notre pays. C'est pourquoi les expériences que nous relatons sont surtout d'origine canadienne. Les communications des auteurs cités sont indiquées dans la bibliographie générale de notre rapport.

La plupart des rapports consultés indiquent des résultats satisfaisants au point de vue dépistage et diagnostic; la majorité insistent toutefois sur l'insuffisance de temps pour les mesures thérapeutiques.

D'après Buckle et Lebovici, la venue d'une équipe de consultation, si elle ne prévoit pas des moyens thérapeutiques efficaces et même un traitement sur place, ne fait que susciter

des inquiétudes chez les parents en créant des problèmes nouveaux et plus complexes encore pour les familles. L'équipe de diagnostic suscite des besoins: stimulation des services sociaux et médicaux locaux, nécessité de classes spéciales, d'institutions appropriées, etc. De plus, on constate rapidement un surcroît important de cas référés aux cliniques des centres mieux organisés. Quand l'équipe doit demeurer plusieurs jours à l'extérieur et plusieurs fois par mois, les conditions de vie deviennent souvent pénibles pour le personnel de l'équipe, si les distances sont grandes et les conditions locales déficientes (logement, etc.). De plus, il faut veiller à ce que la qualité du travail et son rythme ne diminuent pas au sein du centre qui délégue l'équipe.

Pour Dunsworth, de Nouvelle-Ecosse, les équipes mobiles ont une valeur certaine pour le dépistage mais déclenchent rapidement une demande de services plus complets; au retour de l'équipe, la liste d'attente est toujours plus considérable et le temps pour les traitements, particulièrement la psychothérapie, s'en trouve radicalement réduit. Dès les débuts, et pour une période assez longue, la plupart des demandes de consultation concernent surtout des cas d'arriération mentale.

D'après Lamarre, en Saskatchewan, le problème est à peu près le même; on peut faire le diagnostic mais rarement

le follow-up des cas; il s'agit le plus souvent d'aider les écoles, les médecins et les travailleurs sociaux dans l'évaluation de leurs cas; on tente d'obtenir que les médecins traitants de l'endroit supervisent au moins la thérapeutique médicamenteuse.

Schrag, en Alberta, nous présente un tableau identique; l'équipe se compose du psychiatre, du psychologue et du travailleur social. Elle visite une quarantaine de localités, une ou deux fois par année, rarement cinq ou six fois. On y tient beaucoup de réunions de consultation et de discussion avec les professionnels de l'endroit. Le pourcentage de déficients et d'enfants en difficulté sociale (délinquants) est demeuré élevé même après 2 ou 3 ans d'opération; après ce laps de temps, plus de cas de troubles affectifs et caractériels furent référés à l'équipe de consultation (actuellement environ 35% des cas). 35% des cas sont constitués de troubles scolaires ou de cas d'orientation, 17% de cas de déficience mentale, 5% de comportements anti-sociaux et 5% de cas variés (état psychotique, épilepsie, etc.).

En Colombie Britannique, McNair en arrive aux mêmes conclusions; la plupart des localités ne sont visitées qu'une ou deux fois par an, en comptant un voyage de l'équipe aux deux semaines environ; l'équipe est devenue surtout "consultante"; parfois seul le psychologue se rend dans la région, en particulier

quand il s'agit d'évaluer l'intelligence d'enfants qu'on destine aux classes ou institutions spécialisées; le traitement ne peut être offert que s'il existe des services psychiatriques régionaux suffisamment rapprochés des familles concernées (entre 20 et 30 milles serait la limite extrême). La tendance actuelle semble être de fournir un service consultatif aux services sociaux, aux unités sanitaires et aux médecins de l'endroit. Les cliniques mobiles n'auraient pas atteint l'objectif visé pour les raisons suivantes:

1) les équipes sont trop peu nombreuses, le nombre de visites insuffisant; on ne fait qu'effleurer les problèmes les plus aigus;

2) les conseils et les suggestions faites par l'équipe sont donnés aux unités sanitaires et aux services sociaux, qui sont laissés à eux-mêmes après le départ de l'équipe; le traitement de suite se fait par correspondance;

3) les médecins de famille ne sont pas suffisamment impliqués dans le diagnostic et le traitement des cas. Le médecin de famille devrait être le noyau de ce service clinique, dépistant et dirigeant les cas vers la consultation; le médecin de l'unité sanitaire devrait coordonner les rencontres professionnelles, préparer la visite de l'équipe, tenir les dossiers et les fiches. Le traitement doit se faire dans la région concernée.

On insiste beaucoup sur la préparation de la région à visiter. On doit obtenir la collaboration du milieu; l'interprétation du genre et de la limite des services rendus par l'équipe doit être bien faite et bien spécifiée; ceci afin

d'éviter les cas inutiles, la perte de temps, etc. On doit exiger une préparation adéquate des cas et des dossiers qui seront étudiés, avant l'arrivée de l'équipe de consultation; insister beaucoup sur la motivation préalable des parents ou des responsables (instituteurs, etc.) ainsi que des professionnels concernés.

Le type de consultation varie suivant les endroits et les conditions; il peut s'agir de présentation de cas individuels, d'entrevue avec les parents et/ou avec l'enfant ou tout simplement d'une discussion par le pédo-psychiatre d'un dossier préparé par le travailleur social ou un autre professionnel; parfois la discussion est plus générale et on aborde les problèmes qui se posent à l'équipe qui demeure sur place; on insiste aussi beaucoup sur la promotion de l'hygiène mentale dans la région, le développement de services spéciaux et de classes appropriées aux besoins des enfants.